FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire 1930-1931

# THÈSE

N° 7

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 20 Décembre 1930, à 18 heures*

PAR

**LECONTE (Albert-Jules-Emile)**

Né le 22 Novembre 1899, à Tourcoing (Nord)

# LA KÉRATITE ULCÉREUSE de l'adolescent et de l'adulte d'origine hérédo-syphilitique

*Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical*

Président de la Thèse : M. LECLERCQ.

Suffragants : MM. M. GÉRARD. GERNEZ. PAINBLAN.

SOCIÉTÉ D'ÉDITION DU NORD
Anciens Établissements O. Marquant
LILLE — 28, Rue Alphonse-Mercier, 28 — LILLE

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LILLE

Année scolaire
1930-1931

# THÈSE

N° 7

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le 20 Décembre 1930, à 18 heures*

PAR

**LECONTE (Albert-Jules-Emile)**

Né le 22 Novembre 1899, à Tourcoing (Nord)

# LA KÉRATITE ULCÉREUSE de l'adolescent et de l'adulte d'origine hérédo-syphilitique

*Le candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical*

Président de la Thèse : M. LECLERCQ.

Suffragants : MM. M. GÉRARD. GERNEZ. PAINBLAN.

SOCIÉTÉ D'ÉDITION DU NORD
Anciens Établissements O. Marquant
LILLE — 28, Rue Alphonse-Mercier, 28 — LILLE

1930

## UNIVERSITÉ DE LILLE

# FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Doyen : M. Ch. Dubois (I. ✠). — Assesseur : M. E. Gérard (✲, I. ✠).

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clinique médicale : | MM. | Carrière (O.✲, I.✠), | Professeur |
| | | Minet (I. ✠), | id. |
| Clinique chirurgicale : | | Gaudier (O.✲, ⚓, I. ✠), | id. |
| | | Lambret (C. ✲, I. ✠), | id. |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : | | Charmeil (✲, I. ✠), | id. |
| Clinique obstétricale : | | Bué (✲, I. ✠), | id. |
| Pathologie interne et expérimentale et Clinique des maladies de l'appareil digestif : | | Surmont (✲, I. ✠, ✠), | id. |
| Pathologie externe et Clinique des maladies des voies urinaires : | | Potel (✲, ⚓, I. ✠), | id. |
| Anatomie pathologique et Pathologie générale : | | Ingelrans (I. ✠), | id. |
| Physiologie : | | Dubois (I. ✠), | id. |
| Anatomie : | | Cordier (A. ✠), | id. |
| Histologie : | | Debeyre (O.✲, ⚓, I. ✠, ✠), | id. |
| Chimie minérale et Toxicologie : | | Vallée (✲, I. ✠), | id. |
| Chimie organique : | | Polonovski (A. ✠, ⚗), | id. |
| Matière médicale et Botanique : | | Fockeu (✲, I. ✠, ✠), | id |
| Pharmacie et Pharmacologie : | | Gérard (Ernest), (✲, I. ✠), | id. |
| Zoologie médicale et pharmaceutique : | | Desoil (✲, I. ✠), | id. |
| Accouchements et Hygiène de la première enfance : | | Paucot (I. ✠), | id. |
| Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie : | | Le Fort (C.✲, ⚓, I. ✠, O.✠) | id. |
| Clinique psychiâtrique : | | Raviart (✲, I. ✠), | id. |
| Clinique médicale infantile : | | Pierret (I. ✠), | id. |
| Thérapeutique : | | Doumer Ed. (⚗, A. ✠), | id. |
| Médecine opératoire : | | Vanverts (✲, I. ✠), | id. |
| Hygiène et Bactériologie : | | Legrand (A. ✠ ✠), | id. |
| Médecine légale : | | Leclercq (✲, ⚓, I. ✠), | id. |
| Hydrologie et Crénothérapie : | | Duhot (I. ✠) | id. |
| Physique médicale : | | Fabre (✲, I. ✠), | id. |

*Professeurs titulaires non pourvus de chaire*

MM. Morvillez (I. ✠) ; P. Combemale (✠ A.) ; Lavier (⚓, A. ✠).

## COURS COMPLÉMENTAIRES

| | | | |
|---|---|---|---|
| Clinique ophtalmologique : | MM. | Painblan (✲, I. ✠), | chargé de cours |
| Clinique oto-rhino-laryngologique : | | M. Debeyre (O.✲, ⚓, I. ✠), | id. |
| Chimie analytique : | | Giberton. | id. |
| Physique pharmaceutique : | | Sonneville (A. ✠), | id. |
| Parasitologie : | | Lavier (⚓, A. ✠), | id. |
| Déontologie | | Bertin (✲, I. ✠), | id. |

Doyens honoraires : MM. de Lapersonne (O.✲, I. ✠), Combemale (O.✲, I. ✠, M), Charmeil (✲, I. ✠).

Professeurs honoraires : MM. Moniez (O.✲, I. ✠), Calmette (C. ✠), Lescœur (I. ✠), Baudry (✲, I. ✠, ✠), Debierre (✲, I. ✠), Doumer (✲, I. ✠), Curtis (✲, I. ✠), Lemoine (✲, I. ✠), Bédart (O. ✲, I. ✠, ✠), Combemale (O. ✲ I. ✠ M.).

Agrégés en exercice :

MM. Gérard, M. (⚓, ✲, I. ✠), P. Delannoy (A. ✠), Paquet (⚓, I. ✠), Bertin (✲, Swynghedauw (⚓, I. ✠), Auguste (A. ✠, Gernez, Nayrac, Grandclaude, Giberton, Thomas, Piquet.

---

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 février 1878).

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

## IN MEMORIAM

## A MON MAITRE

Le Docteur GEORGES GÉRARD

*Professeur d'Anatomie*
*et*
*Chargé du cours de Clinique ophtalmologique*
*à la Faculté de Médecine de Lille*

## A MON PÈRE, A MA MÈRE

Dont la rude vie de travail et d'efforts
est pour moi l'exemple du Devoir.

*Humble témoignage de ma très affectueuse et sincère reconnaissance.*

## A MA SŒUR

*En gage de ma vive affection.*

## A TOUTE MA FAMILLE

# A Monsieur LOUCHEUR

Ministre
de l'Economie Nationale, du Commerce et de l'Industrie
Ancien délégué de la France à la Société des Nations
Député du Nord

*Je dédie ce modeste travail.*

*Depuis trois ans qu'il m'a fait l'honneur de m'appeler auprès de lui, j'ai cherché à lui apporter une collaboration aussi active et dévouée que je l'ai pu, et notamment lors de son action gouvernementale comme Ministre du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance Sociales.*

*Je le remercie de l'amitié qu'il ne cesse de me témoigner, l'assurant à nouveau de mon respectueux et entier dévouement.*

## A MON MAITRE

Monsieur le Docteur FÉLIX TERRIEN

*Professeur de Clinique Ophtalmologique*
*à la Faculté de Médecine de Paris*

## A MON MAITRE

Monsieur le Docteur EMMANUEL DOUMER

*Professeur Honoraire à la Faculté de Médecine de Lille*

## A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Docteur JULES LECLERCQ

*Professeur de Médecine Légale et de Médecine Sociale*
*à la Faculté de Médecine de Lille*

## A MES MAITRES

*des Facultés de Lille et de Paris*

## A MES AMIS

# AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le corps de mon sujet il me paraît indispensable de souligner rapidement l'esprit dans lequel je l'ai traité : je me suis fait un devoir strict de reprendre *in extenso* le texte du travail qu'avec mon Maître, le Professeur Gérard, trop tôt enlevé à l'affection des siens, de ses amis, de ses élèves, nous avions préparé.

La forme même de cette thèse nous le montrera ainsi, toujours tel que notre souvenir nous le représente : un savant et un artiste.

— Chargé d'enseigner l'anatomie et l'ophtalmologie, le Professeur Georges Gérard remplit ces fonctions d'une façon particulièrement brillante. A la tête de deux services importants, il fournit un labeur écrasant où son activité débordante s'exerçait dans tous les domaines.

Novateur, il critiquait ses méthodes opératoires sévèrement et il avait à cœur de publier intégralement ses résultats heureux ou malheureux, quitte à expliquer la cause de ses échecs et à en tirer les enseignements. —

Qu'il me soit permis de rappeler ici toute la respectueuse admiration que je lui témoignais, tout le dévouement qui m'animait envers lui, toute l'amitié qu'il me donnait si simplement, tout le respectueux et vivant souvenir que je garde de lui.

Mon orientation durant ces trois dernières années me guidait plutôt vers un travail de médecine sociale qui m'eût, certes, vivement intéressé. Fidèle et dévoué collaborateur de M. Loucheur, qui m'honore de son amitié solide, j'aurais

pu, plus particulièrement lors de son action au Ministère du Travail, de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance sociales, entreprendre, sous sa haute direction, un travail de médecine sociale pure, mais j'ai spontanément tenu à défendre les idées que mon regretté Maître m'avait confiées.

Et c'est alors que j'ai trouvé de fidèles soutiens :

Mon Président de thèse, M. le Docteur Leclercq, Professeur de Médecine légale et de Médecine sociale, m'a prodigué et l'appui de sa haute autorité et celui de son amitié sûre et agissante. Je le prie de croire à mon solide attachement et à ma vive reconnaissance.

M. le Professeur agrégé Maurice Gérard, en mémoire de son frère, a bien voulu m'éclairer de ses conseils autorisés. Je l'en remercie bien sincèrement et l'assure de ma fidèle et respectueuse amitié.

Qu'il me soit permis de remercier vivement M. le Docteur Painblan, chargé du cours de clinique ophtalmologique. Sa haute compétence, sa sûreté de jugement, sa grande amabilité m'ont été très précieuses. Je lui sais gré de m'avoir conseillé dans la mise au point de ce travail et de m'avoir consacré une bonne part de sa grande activité.

Que mon excellent ami, M. le Professeur agrégé Gernez, veuille bien accepter l'expression de la sincère affection que je lui porte et croire à mon entier dévouement.

A MM. les Docteurs Terson, Bellencontre, Brunschvig et Chappé j'adresse mes vifs remerciements pour la bienveillance avec laquelle ils m'ont communiqué leurs observations personnelles très intéressantes et très utiles et aidé de leurs précieux conseils.

M. le Docteur Prélat, ophtalmologiste des Hôpitaux de Paris a été pour moi un guide affectueux et sûr. Je le remer-

cie de tout ce qu'il a fait pour moi et je l'assure de ma respectueuse amitié.

Pendant quatre ans, j'ai assuré les fonctions de préparateur au laboratoire de physique médicale de la Faculté de Médecine de Lille sous la haute direction de M. le Professeur Em. Doumer — membre correspondant de l'Académie de Médecine — à qui j'exprime ici ma respecteuse reconnaissance.

M. le Docteur F. Terrien, Professeur de clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Paris, a contribué magistralement à ma formation dans l'art délicat de la clinique ophtalmologique. Je le remercie tout particulièrement de la confiance qu'il m'a témoignée en me nommant moniteur de clinique dans son service et je l'assure de ma fidèle et déférente gratitude.

# LA

# Kératite ulcéreuse de l'adolescent et de l'adulte d'origine hérédo-syphilitique

## I. — Introduction

« Le champ de la pathologie oculaire est tellement battu et défriché qu'il pourrait apparaître » présomptueux, prétentieux et vain d'y vouloir » trouver un coin inexploré. Les découvertes de » ces dernières années contredisent cette opinion : » étendant tous les jours son domaine, l'ophtalmologie ne doit pas s'enclore en les barrières » étroites qui l'enferment depuis son origine. Les » murs craquent et s'écroulent ; et l'on ne saurait » prétendre à rester seulement un oculiste, au sens » primitif du mot.

» La pathologie générale, la bactériologie, la » médecine tout court et aussi la chirurgie nous » convient de plus en plus à faire cause commune : » un oculiste qui n'est pas un parfait médecin, » dans le sens le plus large et le plus noble, est » indigne du nom qu'il se donne ; quoi qu'il fasse, » il ne sera jamais qu'un empirique, un limité et » un incomplet ».

Telles étaient les idées directrices de notre Maître regretté, le Professeur Georges Gérard.

« C'est ainsi, disait-il, que de toutes les affec-
» tions générales qui retentissent sur l'appareil
» visuel tout entier, la syphilis — sans contredit —
» s'avance au premier rang. Nulle partie de l'œil,
» non plus que nul point de l'organisme n'est à
» l'abri de ses atteintes. Son action est de premier
» ordre et d'intérêt primordial.

» Sans revenir sur des notions bien établies, et
» dont la seule nomenclature paraît fastidieuse,
» il nous a semblé qu'il restait encore à faire, en
» particulier que l'étude des localisations spéci-
» fiques sur la cornée présentait une lacune ».

Ainsi pensait le Professeur Georges Gérard.

A son instigation, nous avons tenté de combler cette lacune : prétexte à cette thèse inaugurale dont le titre, à lui seul, est une déclaration de principe : *Kératite ulcéreuse de l'adolescent et de l'adulte d'origine hérédo-syphilitique.*

La bibliographie, faite aussi attentivement qu'il est possible, à l'aide des documents accumulés dans la bibliothèque de la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Paris, nous a apporté un premier résultat : les auteurs sont à peu près tous muets sur la question. Seuls, M. le Docteur Terson et M. le Professeur Gallemaerts, d'une part, ont communiqué quelques cas de « syndrome ulcéro-gommeux de la cornée dans l'hérédo-syphilis », et M. N.-H. Fox, d'autre part, a présenté à la Société d'Ophtalmologie de Chicago un malade de 25 ans, atteint de « kératite interstitielle ulcéreuse » dont il ne connaît que quelques cas semblables.

Aussi nous pouvons nous demander si nous voyons juste, si nos conceptions se défendent, s'il est bien nécessaire

d'ajouter un chapitre original aux subdivisions déjà nombreuses sous lesquelles on a groupé les kératites.

La prétention est soutenable et nous espérons bien convaincre ceux qui voudront prendre la peine de lire attentivement les observations, aussi complètement et scrupuleusement rapportées, qu'il est possible, dans la dernière partie de ce travail, avec références étiologiques et justifications de laboratoire.

## II. — **Résultats des recherches bibliographiques**

L'affection que nous nous proposons d'étudier dans cette thèse nous a donc paru mériter d'être identifiée et décrite à part. C'est dans ce but que nous nous sommes livrés à de patientes investigations qui sont restées très peu fructueuses, eu égard au nombre considérable de travaux consultés. D'une part, les seules allusions qui puissent sembler y être faites sont rapportées dans un mémoire de Villard (« Les altérations de la cornée dans la syphilis acquise », *Annales d'Oculistique*, octobre 1906) et dans l'article de Morax sur la kératite interstitielle.

*Encyclopédie Française d'Ophtalmologie*, 1906 T. V.

D'autre part, sont à souligner les publications de M. le Docteur Terson :

A. Terson : « Les gommes de la cornée », *Société Française d'Ophtalmologie* et *Archives d'Ophtalmologie*, 1905.

« Hérédo-syphilis cornéenne maligne influencée par les injections de calomel », *Société Française* et *Archives d'Ophtalmologie*, 1911 ; « Gommes hérédo-syphilitiques tardives de la cornée », *Société d'Ophtalmologie de Paris, 7 juillet 1923.*

« L'usage externe du salicylarsinate de mercure (énésol) à 3 % », *Archives d'Ophtalmologie*, 1917 ; « *Ophtalmologie du médecin praticien* », G. Masson, éditeur, 1917 et 1921, etc...

« Kératites ulcéreuses syphilitiques et hybrides », *Annales d'Oculistique*, T. CLXV, août 1928.

Les conclusions de M. le Docteur Terson sont les suivantes :

« 1° Le syndrome ulcéro-gommeux de la cornée dans l'hérédo-» syphilis est indéniable, comme il l'a signalé plusieurs fois. Il est » très franchement influencé par le traitement antisyphilitique » intensif, et beaucoup plus vite que la kératite parenchymateuse » banale, légère ou massive. Ce syndrome doit devenir tout à » fait classique, comme l'exception, en face de la règle : le syn-» drome non ulcéreux.

» 2° En outre, il est toujours bon, devant un ulcère cornéen » quelconque, de rechercher prudemment la syphilis acquise, ou » héréditaire, à plusieurs générations.

» 3° Dans l'hérédo-syphilis, l'ozène, les rétrécissements lacry-» maux, suppurés ou non prédisposent aux ulcères à hypopyon, » mais d'autres syndromes, tels que l'ulcère de Mooren, ou cer-» tains ulcères atones, peuvent avoir une origine syphilitique, » tout comme un ulcère de jambe, à pathogénie mixte, chez les » tréponémiques ou dystrophiques.

» Le traitement général mercuriel, arsenical, bismuthique » s'associera discrètement au traitement local analogue ; il en » sera l'utile adjuvant, souvent oublié ou craint. C'est d'ailleurs » un traitement trop prétendu « spécifique » mais, en réalité, » polyvalent.

» 4° Dans la syphilis acquise, l'ulcération cornéenne syphili-» tique pure est tout à fait exceptionnelle, mais il faut penser, » pour tout ulcère, à cette origine indirecte éventuelle. La kératite » interstitielle épaisse, obstinément monolatérale, la kératite » neuro-paralytique nécrosante, constituent, moins rarement, les » syndromes à inscrire au tableau caractéristique de la syphilis » cornéenne acquise. Ce n'est pas une raison suffisante pour » omettre l'étiologie syphilitique associée possible et son traitement » dans les syndromes ulcéreux variés, à titre d'épreuve ».

Nos recherches bibliographiques ont porté sur les 3.200 ouvrages, tant étrangers que français, que compte la Bibliothèque Javal, annexée à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu de Paris.

Tous les ouvrages ont été attentivement et minutieusement fouillés ; aussi nos recherches furent-elles très longues, et c'est grâce à la cordiale amabilité de M. le Professeur Terrien — qui nous a permis pendant notre Monitorat l'accès de la Bibliothèque Javal en dehors de ses heures normales d'ouverture — que nous devons d'avoir pu terminer en quelques mois un tel travail bibliographique.

Nous tenons à l'en remercier vivement et très respectueusement.

Nous avons étudié, entre autres, parmi les ouvrages sur la « kératite » en général et sur la « kératite ulcéreuse », sans autre précision d'étiologie ni d'évolution :

Armand Lhommeau. — « La kératite » (1844).

Charles Bellet. — « La kératite » (1850).

François Bedel. — « La kératite ulcéreuse » (1853).

D. Drachiesco. — « La kératite en général » (1867).

Louis Kaussawel. — « Considérations générales sur la kératite » (1869).

Emile Soulez. — « La kératite ulcéreuse » (1869).

Frédéric Klébour. — « La kératite » (1869).

A.-V. Bussard. — « Revue critique sur l'inflammation de la cornée » (1871).

Gillet de Grammont. — « Kératite ulcéreuse en sillons étoilés » (1866).

Nulle part, nous n'avons trouvé la moindre allusion à l'affection que nous étudions.

Dans tous les travaux traitant de la « kératite d'origine hérédo-syphilitique » comme dans tous ceux sur les manifestations oculaires de l'hérédo-syphilis (depuis ceux de Hutchinson : « On the different formes of inflammation on

the eye, consequent of inherited syphilis », *Ophtalm. hosp. rep.*, tomes I et II (1857-1859) jusqu'à ceux parus récemment :

Fournier Edmond : « Syphilis héréditaire de l'âge adulte » (Masson, 1912).

Emery et Bourdier : « Résultats de la salvarsanothérapie dans les complications nerveuses et oculaires de la syphilis » (Doin, 1913).

Gougerot : « La syphilis expérimentale dans ses rapports avec la clinique » (*L'Œuvre médico-chirurgicale*, 1913).

Hutinel : « Le terrain hérédo-syphilitique » (Masson, 1926).

Nous n'avons vu aucun article, ni même aucune ligne concernant strictement la « kératite ulcéreuse de l'adolescent et de l'adulte d'origine hérédo-syphilitique ».

Mentionnons seulement les cas de gommes cornéennes signalés par Hutchinson (« Affections de l'œil et de l'oreille dans la syphilis héréditaire », Trad. Hermet, pl. 11, page 73). Dans son livre génial, Hutchinson décrivait et dessinait, en passant, un œil de ce genre.

Il est à remarquer d'ailleurs que, dans la plupart des travaux, on fait peu mention de l'hérédo-syphilis atteignant des sujets ayant dépassé la « grande enfance ».

Nos recherches ont alors porté dans les grands traités classiques d'ophtalmologie mentionnés ici par ordre chronologique :

Mackenzie. — « Traité des maladies de l'œil » (1865).

Sa description de la kératite hérédo-syphilitique n'introduit pas de forme « ulcéreuse ».

De Wecker et Landolt. — « Traité d'Ophtalmologie » (1886).

Dans le second volume, page 142, De Wecker écrit : « ...Il » est bien rare de voir la kératite parenchymateuse se compliquer » d'affections plus graves, comme d'un abcès, d'un ulcère.

» Ces complications résultent le plus souvent d'un traitement » mal dirigé... ».

Panas, en 1894, dans son « Traité des maladies des yeux », écrivait au chapitre : Kératite interstitielle :

« *A)* Circonscrite : « ...L'éclairage oblique démontre que le » siège des nébulosités est profond. Il n'est pas rare de rencontrer » l'épithélium correspondant finement desquamé d'où l'aspect » mat de la partie malade ».

» *B)* Diffuse : « ...Dans les premiers stades, l'épithélium reste » indemne et la cornée garde son brillant physiologique. Mais, à » mesure que l'infiltration se prononce, il se fait une légère exfo- » liation donnant à la surface l'aspect terne ».

Dans son « Manuel d'Ophtalmologie », paru en 1897, Fuchs écrivait, page 201, au même chapitre :

« ...Tels sont le siège profond de l'opacité et des vaisseaux, les » progrès typiques de l'infiltration jusqu'à un certain degré qui, » généralement, s'élève assez haut, et enfin l'absence de suppu- » ration, *de façon qu'il ne se développe jamais d'ulcères* ».

Plus loin, il décrit bien une kératite profonde n'affectant que les adultes, mais en ajoutant que : « le trouble cornéen » disparaît très lentement, sans passer à l'ulcération ».

Il donne d'ailleurs comme étiologie : 1° Le refroidissement ; 2° La fièvre intermittente ; 3° Les traumatismes.

Dans « *L'Encyclopédie française d'Ophtalmologie* », de MM. Lagrange et Valude, V. Morax disait, en 1906, tome V, page 946, en parlant de la kératite interstitielle :

« ...L'examen direct montre d'ailleurs déjà qu'il n'y a pas de » lésions superficielles de l'épithélium, qu'il n'existe pas d'ulcé- » ration cornéenne.

» Dans les rares cas où celle-ci se produit, ce n'est jamais que

» secondairement ; les troubles de transparence de la cornée ont, » dans ces cas, toujours précédé l'ulcération d'au moins quelques » semaines... ».

Plus loin, page 951, nous lisons, au chapitre « Complications » : « ...Les complications cornéennes consistent dans des » lésions érosives de l'épithélium cornéen.

» Ces érosions s'observent surtout pendant la période d'infil- » tration et au niveau des points où l'infiltration est la plus accu- » sée, où la cornée a sa teinte blanche la plus saturée.

» Je n'ai jamais observé de cas où cette érosion ait servi de » porte d'entrée à une infection aiguë suppurative, et cependant » ces érosions qui, quelquefois même, deviennent de véritables » ulcérations cupuliformes, peuvent persister pendant plusieurs » semaines et même récidiver plusieurs fois au cours de l'évolu- » tion de la kératite ».

Dans les Eléments d'Ophtalmologie » de Truc, Valude et Frenkel (1908), à l'article : Kératite interstitielle, page 543, il écrit :

« ...L'épithélium antérieur de la cornée s'exfolie, ce qui lui » donne un aspect chagriné, dépoli, mais ne s'ulcère jamais ».

Dans le « Précis d'Ophtalmologie », de V. Morax, page 236, nous voyons :

« ...Il se développe parfois au cours de la kératite interstitielle » de petites érosions ou même de petits ulcères cupuliformes qui » persistent souvent très longtemps et, néanmoins, ne s'accom- » pagnent jamais d'infection aiguë suppurative ».

Poulard, en 1922, écrivait :

« ...Le diagnostic de kératite interstitielle ne présente pas de » difficultés, si l'on a soin d'examiner de près la cornée, de façon » à bien voir que le trouble cornéen est interstitiel, tandis que » l'épithélium superficiel reste intact, sans aucune solution de » continuité, sans aucune ulcération ».

En résumé, pour certains auteurs classiques, il ne se développe *jamais* d'ulcère dans la kératite hérédo-syphilitique ; pour les autres, dans les *rares* cas où l'ulcération se produit, celle-ci n'apparaît que *secondairement, comme complication ; mais, ni les uns ni les autres n'ont identifié la forme nettement caractérisée de « kératite ulcéreuse de l'adolescent et de l'adulte d'origine hérédo-syphilitique* ».

Pour terminer alors méthodiquement nos recherches, nous avons fouillé dans les publications suivantes :

*Archives d'Ophtalmologie* (1880 à 1926).
*Société Française d'Ophtalmologie* (1884 à 1925).
*Annales d'Oculistique* (1854 à 1920).
*Société Allemande d'Ophtalmologie.*

De l'étude de tous les articles parus soit sur la « kératite », en général, soit sur la « kératite hérédo-syphilitique », signalons d'abord les quelques lignes suivantes, écrites par le Docteur Golesceano (de Paris) sur la « sensibilité de la cornée dans la kératite interstitielle » (*Société Française d'Ophtalmologie*, 1903, volume XX, page 333).

« ...Les infiltrations parenchymateuses et les troubles trophiques de la kératite interstitielle à poussées aiguës, ainsi que les reliquats des kératites récidivantes, sont des lésions anatomo-pathologiques qui sont subordonnées presque toutes aux causes qui ont provoqué ces kératites.

» Ainsi telle kératite présentera un épithélium dépoli et quelques infiltrations interstitielles de la cornée ; telle autre laissera des traces indélébiles se traduisant par des opacités scléreuses ou tendineuses, d'une partie ou de la totalité de la cornée.

» Que ces formes sclérosantes soient tuberculeuses, comme le veut Darier, ou dues à la spécificité héréditaire, d'après Valude, ou qu'elles représentent l'état final d'un ulcère profond (Stock, *Société Allemande d'Ophtalmologie*, Heidelberg, 1902),

» les faisceaux cicatriciels ayant remplacé les lames de la cornée » et refoulé dans le tissu de la cornée la membrane de Descemet, » il fut intéressant de voir ce que devint la cornée au point de vue » de la sensibilité... ».

Ainsi, pour Stock, la notion d'ulcère profond qu'il soutient n'est qu'une notion causale des complications sclérosantes dans la kératite interstitielle, et nous sommes bien loin de la notion nouvelle que nous introduisons, à savoir qu'*il existe une kératite ulcéreuse bien déterminée de l'adolescent et de l'adulte, à étiologie précise puisque hérédo-syphilitique.*

Signalons ensuite les cas de gommes cornéennes mentionnés par Magni, Galezowski, Denarié (« Les Gommes de la cornée », thèse de Lyon, 1883), Lang, Peters, Vinsonneau (« Gommes de la cornée », *Arch. d'Opht.*, 1905).

Dans la séance du 4 novembre 1902, de la Société d'Ophtalmologie, Antonelli signalait une gomme cornéenne chez une femme de 50 ans, syphilitique ancienne ; un traitement mixte, énergique, guérit ce tertiarisme oculaire.

Le 10 janvier 1905, le même auteur présentait une observation « avec ulcérations kératiques déchiquetées, fissures com- » missurales, ulcères de la langue et des narines ». Tout cela, et » l'hypopyon concomitant, guérit fort bien par les injections de » benzoate hydrargyrique, chez cet homme de 64 ans, pour qui » fut fait le diagnostic de syphilide ulcéreuse de la cornée ».

Le 3 mai 1905, M. le Docteur Terson communiquait le début d'une observation qu'il a pu continuer vingt-deux ans, jusqu'en 1927, à la mort de la malade ; observation instructive et variée comme celle de tous les malades restés fidèles.

« Il s'agissait d'une hérédo classique, soignée par lui, vers l'âge » de dix-huit ans, pour une kératite diffuse de l'œil droit, assez

» vite dissipée ; quatre ans après, sur ce même œil droit, nouvelle » kératite parenchymateuse, très intense, et qu'un traitement » biioduré n'influence pas. Un foyer jaunâtre, paracentral et » bombé, surgit, et M. le Docteur Terson n'arrête l'ulcère immi- » nent que par quatre injections de calomel à cinq centigrammes » qu'il avait vu, avec Fournier, parfaitement réussir dans la » gomme, si redoutable, du corps ciliaire, précoce ou tardive » [(A. Terson), « Les Gommes précoces du corps ciliaire », *Arch.* » *d'Opht.*, 1896]. Il présenta sa malade à MM. Morax et Antonelli » pour leur montrer, au point culminant, ce curieux syndrome, » et la cire colorée, exécutée par Jumelin, se trouve à présent au » Musée de l'Hôpital Saint-Louis (n° 3.206, vitrine 63).

» Cependant l'œil gauche n'avait jamais été malade. Malgré » un traitement mercuriel périodique, si peu préventif ici, cet » œil fut atteint, en 1910, d'une kératite diffuse très violente. Sur » cet œil aussi, apparut, en haut de la cornée, une masse jaunâ- » tre, qui s'ulcéra (1). Trois injections de calomel à 0,05 eurent » encore raison de ce syndrome, tardivement symétrique, et la » malade a conservé, jusqu'à sa fin, ce seul œil, pouvant lire » et coudre. Il y a trois ans, en effet, l'œil droit fut, pour la » troisième fois, couvert d'un voile cornéen profond, mais avec » cyclite hypertensive maligne, qui ne céda qu'à un traitement » alternant (mercure, arsenic, bismuth) très poussé. Puis la » malade mourut asystolique, des conséquences d'un rétrécisse- » ment mitral, assez fréquent chez les hérédos, et laissant une » petite fille qui ne présente jusqu'ici ni accident de troisième » génération, ni stigmate décisif ».

Le 7 juillet 1923, M. le Docteur Terson communiquait à la Société d'Ophtalmologie de Paris (1), deux cas de gommes hérédo-syphilitiques tardives de la cornée, « l'une chez une » jeune fille de 28 ans qui, un an auparavant, présentait une » gomme du voile du palais : le foyer cornéen se résorba, moyen- » nant six piqûres de galyl. Chez l'autre malade, photographe de » 28 ans, récidiviste de la kératite d'Hutchinson, l'œil droit fut » repris, avec foyer cornéen central. Guérison par un traitement » arsenico-mercuriel ».

---

(1) A. Terson. — Hérédo-syphllis cornéenne maligne influencée par les injections de calomel. Société fr. et Arch. d'Oph. 1911.

(2) A. Terson. — Gommes hérédo-syphilitiques tardives de la cornée, Soc. d'Opht. de Paris 7 juillet 1923.

Les kératites diffuses malignes, mais très rarement ulcérées, ont été signalées par bien des auteurs, Abadie et Rollet entre autres. « Aux cas ulcérés, M. le Docteur Terson ajoute » celui d'un sphacèle total des deux cornées, avec atrophie des » deux yeux, chez une hérédo adolescente, soignée par un de » ses maîtres, et dont il soigne encore la sœur, myope de vingt » dioptries d'un œil, l'autre œil perdu par irido-cyclite et décol- » lement de la rétine ».

En 1926, le Professeur Gallemaerts a communiqué à la Société Française d'Ophtalmologie (2), deux observations de gommes ulcérées typiques chez deux hérédos : « une jeune fille » de 20 ans, avec grande ulcération cornéenne supéro-externe ; » un jeune homme de 22 ans, avec un sillon cornéen à bords » taillés à pic. Les frictions mercurielles et les injections de » bismuth amenèrent rapidement la cicatrisation. Ces deux cas » ont été parfaitement examinés à la lampe à fente et reproduits, » à divers stades, en deux planches colorées, accompagnées d'une » longue description ».

En novembre 1926, M. le Docteur N.-H. Fox présente à la Société d'Ophtalmologie de Chicago un malade de 25 ans. « Travaillant dans une usine, ce jeune homme se rend chez un » médecin qui ne trouve pas de corps étranger. La situation » s'aggravant, il consulte un autre médecin qui attribue le mal » à une affection du sang. Marié depuis deux ans : sa femme se » porte bien, a accouché à terme, et bien qu'il nie toute infection » génitale, son Wassermann est + + +. Antécédents héréditaires » bons.

» L'œil droit paraît normal, V = 20/25 ; à gauche, simple » perception lumineuse. Photophobie, larmoiement et injection » ciliaire intense. La cornée est ulcérée au centre sur une aire » de 5 m/m. au milieu de laquelle une surface de moins de 1 m/m. » est translucide, probablement par la saillie de la membrane de » Descemet. La base de l'ulcère est très opaque, entourée d'un

---

(1) Gallemaerts. — Examen de la cornée avec la lampe à fente. Rapp. à la Sté fr. d'Opht. 1926, Masson, édit.

» anneau vasculaire s'étendant jusqu'au limbe. L'opacité de la » cornée empêche de voir l'iris.

» Trois jours plus tard, l'ulcère se perfore, la cornée guérit » rapidement, avec une forte opacité, la vision étant réduite à la » perception des mouvements de la main à huit centimètres.

» Deux mois et demi après la première atteinte, vient le tour » de l'œil droit, la vascularisation débute par le limbe en enva- » hissant rapidement la cornée, pour respecter une aire centrale » non vascularisée de 4 m/m., de couleur gris blanchâtre. La » vision est réduite à la simple perception de la lumière. La » fluorescéine colore légèrement la zone centrale. Après deux mois » pénibles, l'affection commence à diminuer d'intensité, les par- » ties excentriques de la cornée s'éclaircissent. Au cours de » l'évolution, des frottis et des cultures ont été faites avec les » sécrétions des culs-de-sac conjonctivaux et le produit du grattage » de l'ulcère, ne montrant aucun microorganisme ».

L'auteur ne connaît que neuf cas semblables : un d'Hutchinson, quatre de T. Collins, deux de G.-A. Berry et deux de Fuchs. Ceux de Fuchs exclus, cinq ont été observés chez des femmes, deux chez des hommes, tous entre six et vingt-trois ans, tous présentant des signes incontestables d'hérédo-syphilis. Beaucoup de traités ne mentionnent même pas cette complication, d'autres en parlent comme d'une rareté.

*En résumé, comme conclusion de nos recherches ordonnées et précises, nous pouvons souligner ce fait que fort rares furent les travaux relatifs à l'affection que nous avons étudiée et décrite.*

Il nous est fort agréable de remercier vivement ici M. le Docteur Terson, à la haute compétence et à l'amabilité duquel nous devons d'avoir pu compléter nos travaux bibliographiques.

Les conseils qu'il a bien voulu nous donner, les documents qu'il nous a communiqués ont été du plus judicieux appoint dans l'élaboration de notre travail d'ensemble.

## III. — Qu'est-ce que l'adolescence ?

En nous inspirant ce travail, le Professeur Gérard a voulu le limiter à l'adolescence et à l'âge adulte, en laissant de côté les cas de l'enfance et il avait tenu à définir ce qui, à ses yeux, représentait l'adolescence.

Voici comment il envisageait la question :

« Si l'on s'en tient au sens étymologique, di-
» sait-il, l'adolescence est l'âge pendant lequel
» l'homme pousse, croît et grandit : cette période
» s'étend jusqu'à 28 ou 30 ans, époque à laquelle
» le squelette a atteint son parfait développement.
» En pratique, il semble que l'esprit envisage
» l'adolescent dans des limites plus étroites : l'ar-
» mée active n'apparaît pas comme formée d'ado-
» lescents ; une femme de 25 ans qui a plusieurs
» enfants n'apparaît plus comme une adolescente.
» Cicéron dit : *Adulta virgo*. S'agit-il, comme le
» veut le dictionnaire, d'une jeune fille adulte, ou
» d'une jeune fille formée ? »

« Le terme doit garder son sens le plus large
» au point de vue médical, soutenait-il. On peut
» admettre ainsi que jusqu'à la trentaine, l'ado-
» lescent pourra réagir aux infections de toutes
» natures plus comme un enfant que comme un
» adulte : l'adolescent restant ainsi à tous les
» points de vue un être qui est encore en évolu-
» tion vers l'âge adulte ».

En confrontant les observations rapportées dans cette thèse on note les âges suivants : 15 ans, 18 ans, 21 ans, 25 ans, 36 ans, etc...

« Et ainsi, disait-il, la distinction entre l'adoles-
» cence et l'âge adulte se confirme aussi peu nette
» que futile en l'espèce, la kératite frappant égale-
» ment des sujets au début de l'adolescence et
» longtemps après l'adolescence ».

Un fait, en tout cas, se dégage nettement de la lecture des observations :

La kératite ulcéreuse que nous étudions atteint strictement des sujets ayant dépassé la grande enfance.

## IV. — L'hérédo-syphilis et l'œil

Cette notion posée, avant de poursuivre notre étude et pour la clarté de l'exposé, essayons de délimiter la « *syphilis héréditaire* », « *syphilis imméritée* », « *syphilis des innocents* » comme on l'a si justement dénommée.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire les idées du Professeur Gérard à ce sujet.

Voici comment il la divisait :

a) *Hérédo-syphilis embryonnaire ;*

b) *Syphilis congénitale fœtale ;*

c) *Hérédo-syphilis immédiate ;*

d) *Hérédo-syphilis infantile ;*

e) *Hérédo-syphilis torpide et tardive, à manifestations nulles, insignifiantes ou reculées.*

Retenons de cette nomenclature, principalement, les deux dernières qui, seules, ont rapport avec notre sujet.

*A*) « **Hérédo-syphilis embryonnaire.** — Son signe unique est l'avortement. C'est elle qui, principalement, vide les utérus. L'avortement peut se faire tout de suite, dès le cours du premier mois, mais se rencontre surtout fréquemment du troisième au septième mois ; à la fin de la grossesse, l'accouchement prématuré — avortement à retardement — envoie dans les limbes des produits non viables, mal bâtis, accessibles à toutes les infections intra-utérines.

C'est au Professeur A. Fournier que revient le mérite d'avoir bien montré « *l'influence énergiquement meurtrière que le vice hérédo-syphilitique exerce sur le produit de conception et sur l'enfant ;* et il ajoutait : « *La vérole est de toutes les maladies celle qui produit le plus d'avortements et qui tue le plus d'enfants en bas-âge* ».

*B*) « **Syphilis congénitale fœtale.** — Elle agit à la fois sur la mère et sur l'enfant. Elle se traduit : pour la mère, par l'hydramnios et l'accouchement prématuré ; pour le fœtus, par les altérations placentaires, la macération fœtale avec aspect ichtyosique, par les morts avant terme, les morts-nés, les morts dans les premières heures qui suivent la naissance. La nature qui lance dans la circulation ces précoces déchets, leur fait traverser les étroits chemins qui conduisent à la vie, morts et macérés ou à demi-morts ; elle semble avoir à tâche — fort heureusement — de s'en débarrasser le plus rapidement possible ».

*C*) « **Hérédo-syphilis immédiate**. — Elle frappe le nouveau-né et le tue, bien souvent avant que le cordon ait eu le temps de se cicatriser : pemphigus précoce ou tardif ; hémorragies ombilicales, nasales, buccales, intestinales, rénales, mort subite, forment son lugubre cortège. Si le produit résiste, et quoi qu'on fasse, en est-il moins menacé ? La question est vite réglée, généralement avant la fin de la première année.

Ces trois périodes, de prime importance pour l'accoucheur et le pédiâtre, ne concernent pas immédiatement l'oculiste ; il doit pourtant, à l'occasion, comme dans l'observation II,

savoir dire son mot et suggérer discrètement à une malade oculaire, qu'elle a un double intérêt à observer son traitement à la lettre : pour elle, ce qu'elle saisit vite, pour son fœtus, ce qu'elle comprend bientôt (et sans qu'il soit besoin d'entrer dans aucun détail).

*D*) « **Hérédo-syphilis infantile.** — L'enfant vit.

Ou bien les signes de la tare héréditaire apparaissent précoces.

Ou bien ils apparaissent tard, et les stigmates doivent être recherchés.

Ou bien ils n'apparaissent pas du tout... au moins précocement. Et c'est là qu'il faut ouvrir l'œil, et se rappeler « le feu qui couve et l'eau qui dort ».

*a*) Dans le premier cas, le diagnostic s'impose : débilité congénitale, dénutrition avec amaigrissement, cachexie, « miniature de la décrépitude » (Doublet) ; surface cutanée bistrée, plombée, ridée, ratatinée surtout à la surface ; coryza précoce, sanieux, bientôt fétide ; fissures aux angles des paupières, avec ou sans lésions conjonctivales et cornéennes de voisinage ; fissures aux angles des lèvres ; fissures radiées au scrotum, au niveau de la fourchette ; plaques papulo-érosives de Sevestre sur la moitié supérieure du pavillon de l'oreille ; syphilides érythémateuses, coïncidant souvent avec le pemphigus des fesses et des membres inférieurs, syphilides exfoliatrices, sans sécrétion, ni suintement, sur les paupières et autour des lèvres ; syphilides papulo-érosives (Fournier) sié-

geant surtout sur les régions humides ; onyxis et périonyxis ; toute la série des lésions osseuses du crâne (crâne olympien, natiforme) ; anémie, puis cachexie des enfants du premier âge ; lésions du système nerveux, des appareils digestif, pulmonaire, vasculaire, génito-urinaire.

Il est bien rare que l'enfant survive à ces lésions étendues.

*b*) A un âge plus avancé, de cinq à huit ans, l'hérédo-syphilis s'accuse encore, plus ou moins nette. Et il faut penser à elle.

« Les accidents de la syphilis héréditaire pré-
» coce laissent après leur guérison des empreintes
» tout à fait caractéristiques : elles accusent les
» stigmates de l'hérédo-syphilis. La syphilis héré-
» ditaire tardive est caractérisée par ces stigmates
» et par l'ensemble des accidents syphilitiques qui,
» dérivant d'une infection héréditaire, se pro-
» duisent à un âge plus ou moins avancé de la
» vie, c'est-à-dire au cours de la seconde enfance,
» de l'adolescence et de l'âge adulte (Fournier).

» ...Leur groupement figure un ensemble dé-
» nonciateur de la syphilis héréditaire précoce au-
» quel il faut donner le nom de stigmates de l'héré-
» do-syphilis (Fournier) ».

De ceux-ci, les uns sont signes de quasi-certitude, les autres, simples signes de probabilité... ».

Et le Professeur Georges Gérard, estimant utile cette revue générale, disait :

« Nous n'aurions pas à revenir sur ce sujet très
» étudié et très bien étudié, si nous n'avions en vue

» de le reprendre très rapidement dans ses rela-» tions avec l'ophtalmologie ».

Avant tout, la triade d'Hutchinson. Elle garde tout son intérêt et toute son importance : stigmates oculaires, stigmates auriculaires, stigmates dentaires.

a) *Stigmates oculaires.* — On peut dire des lésions d'hérédo-syphilis qu'elles affectent un caractère de gravité silencieuse : pas de fracas, pas de douleurs.

Avant tout, la kératite parenchymateuse (à laquelle, dans certains cas — observation III — semble pouvoir se rattacher la kératite ulcéreuse que nous étudions). Insidieusement, lentement, la cornée se prend, est envahie par l'opacification, la vascularisation ; un peu de photophobie ou de spasme de l'orbiculaire.

Mais, à côté de cette localisation manifeste, combien de maladies oculaires de l'enfance passent vraisemblablement inaperçues ? A quoi rapporter, sinon à des irido-choroïdites anciennes, — ayant évolué sans douleur et sans symptôme assez précis pour attirer l'attention — toujours ignorées, les sychéchies postérieures bloquant la pupille d'un adulte qui vient consulter le spécialiste pour une affection banale ? Combien de névrites optiques apparaissant sans causes perceptibles ou vraisemblables, entre 30 et 45 ans et que, de plus en plus, on devrait rapporter à l'hérédo-syphilis ?

b) *Stigmates auriculaires.* — Nous nous gardons de les aborder n'étant pas compétents, voulant seulement constater que le traitement, à pro-

pos de l'œil, améliore en même temps et guérit souvent l'oreille, s'il en est temps encore.

c) *Stigmates dentaires.* — Chevauchement et écartement anormal ; implantation capricieuse ; microdontisme et nanisme, ne sont pas à négliger ; mais ils ne doivent être retenus que comme des indices, des probabilités, et non des signes évidents, des preuves irrévocables de syphilis héréditaire.

Il n'en est pas de même de deux malformations dentaires sur lesquelles il faut insister ; elles sont à peu près propres à l'hérédo-syphilis et suffisent presque à la faire affirmer.

Citons textuellement E. Apert qui a remarquablement mis la question au point (*Monde Médical*, mai 1925).

« Ce sont la dent d'Hutchinson et la dent de » Mozer, celle-ci étant aux premières grosses mo- » laires (dents de six ans) ce qu'est la dent d'Hut- » chinson aux incisives médianes supérieures » (dents de sept ans).

» On connaît la dent d'Hutchinson : forme en » tournevis, c'est-à-dire bords latéraux obliquant » l'un vers l'autre en avançant vers le bord libre, » et encoche semi-lunaire de ce bord libre. Ce » que l'on sait moins, c'est que cette conformation » est secondaire. Quand la dent vient de sortir de » la gencive, l'encoche n'existe pas. Elle est com- » blée par une zone de dentine friable dépourvue » d'émail. Cette dentine s'use plus ou moins vite » selon les sujets. Quand elle est usée jusqu'à la » limite où l'émail subsiste, la forme semi-lunaire

» décrite par Hutchinson est constituée, mais seu-
» lement alors.

» La dent de Mozer, ou dent en bourse, résulte
» d'un processus semblable siégeant sur la pre-
» mière grosse molaire. Celle-ci est dépourvue d'é-
» mail sur la face libre de la couronne et sur la
» partie supérieure des faces latérales, et en outre
» les faces convergent en haut vers le centre,
» comme les bords latéraux de la dent d'Hutchin-
» son convergent vers le bord libre. Quand la
» saillie de dentine disparaît par usure, il reste
» une dépression circulaire centrale à bords fron-
» cés justifiant le nom de « dent en bourse » qu'a
« donné à sa dent le médecin de Berck.

» Ces deux dents sont à peu près pathognomo-
» niques. Il faut aussi attacher une grande impor-
» tance aux sillons transversaux de l'émail, et une
» certaine importance aux cupules de l'émail, aux
» taches laiteuses, à l'usure prématurée » (Apert).

Laissons complètement de côté les tubercules de Carabelli de la première grosse molaire : nous sommes tout à fait de l'avis d'Apert quand il déclare :

« Ils existent, plus ou moins marqués, chez tout
» le monde ! »

La triade d'Hutchinson garde toute sa valeur étiologique. Le Professeur Georges Gérard aimait lui adjoindre deux autres stigmates qui ont une signification de premier ordre : l'affaissement plus ou moins accusé, mais persistant avec les années, des os propres du nez, les arthropathies non douloureuses atteignant le plus souvent les genoux.

Si tous ces symptômes coexistent, on possède un ensemble troublant de signes de syphilis héréditaire.

Mais ces stigmates peuvent faire tout à fait défaut. C'est le point sur lequel nous voulons maintenant insister.

*E)* « **Hérédo-syphilis tardive ou très tardive.** — A la cinquième période trop peu connue, la lues frappe après trente ans, après quarante ans. Elle donne vraisemblablement, à une époque où on n'est plus tenté de l'incriminer, toute une série de manifestations à longue échéance retentissant trop fréquemment sur l'appareil oculaire (tant sur ses éléments d'origine ectodermique que sur ses éléments d'origine mésodermique) : atrophies optiques, apparaissant sans étiologie vraisemblable et avec Wassermann négatif, iritis silencieuses, choroïdites insidieuses, dont on trouve les traces après des mois ou des années sous forme d'adhérences étendues, solides, désormais indestructibles ; kératites d'allure banale, etc., etc...

Certes, Fournier, rapporté par E. Apert, a « dans une série de très remarquables considérations sur la recherche de l'hérédité syphilitique, merveilleusement décrit l'enfant syphilitique, « l'hérédo » comme on dit aujourd'hui : chétif, ma» lingre, porteur de stigmates et de malforma» tions ». Et quand ce tableau brossé pour Fournier et ses continuateurs, se présente à l'observation, l'idée d'hérédo-syphilis surgit dès le premier coup d'œil. Ces cas sont faciles. Ce n'est pas d'eux que nous voulons parler ici.

Dans d'autres cas, et ce ne sont pas les moins fréquents, le fils de syphilitique n'a, au premier

coup d'œil, rien qui le désigne des enfants non entachés d'ascendance fracastorienne.

La syphilis est souvent latente ; il faut attendre alors longtemps, très longtemps. Le Professeur Gérard connaissait pour sa part un grand nombre de rejetons, superbes, dont les pères étaient syphilitiques avérés.

Et cependant, chez aucun d'eux, pas de stigmate dit classique: une santé générale parfaite.

« Ces somnolences, disait-il, ces silences, — » ininterprétables rémissions, inexplicables la- » tences de la plus agressive et de la plus féroce » des diathèses, — apparaissent trop rarement » signalés ».

L'on ne saurait, en ce qui concerne la seconde enfance, trop faire état des perspicaces observations signalées par MM. les Docteurs Paul Chevalier et Mouriquand.

M. le Docteur Paul Chevalier (1) affirme que la grande masse des porteurs de virus est belle, qu'on y trouve les types les plus divers, les plus réussis, depuis « l'admirable » fille bien charpentée et bien arrondie jusqu'au » sportif dont la mince élégance n'exclut pas la » vigueur. L'intelligence chez les hérédos est sou- » vent vive et pétulante ou bien sérieuse et pro- » fonde. Rien ne décèle à première vue la syphilis » latente.

» Après une enfance sans maladies, sans inci- » dents d'aucune sorte, une croissance souvent » très régulière, les premiers accidents de la sy-

(1) **Chevalier. — Hérédo-syphilis latente des adolescents et des adultes jeunes de très belle apparence. (*Pratique médicale française*, août 1926). La guérison de la syphilis (*L'Hôpital*, août 1926).**

» philis latente apparaissent parfois avant la ving-
» tième année, mais souvent plus tard encore et
» certains sujets, à 35 ans, n'ont encore subi au-
» cune alerte ». Ces accidents, d'ailleurs, sont gé-
généralement discrets et, comme dit M. le Docteur Paul Chevalier, l'« hérédo-syphilis ultra-tardive » des jeunes gens de belle apparence est parcel-
» laire, localisée, mystérieuse ». L'auteur mentionne : « des asthénies inexplicables, des anémies
» ou des chloroses, des nervosismes survenus à la
» nubilité et persistant malgré les traitements
» symptomatiques, du vertige, des tendances re-
» marquables à l'urticaire et à l'eczéma, les hyper-
» tensions précoces, etc., qu'on ne peut rapporter
» avec certitude à la syphilis qu'après une sérieuse
» enquête familiale ».

M. le Docteur Mouriquand (*Pages Médicales et Parisiennes*, 1927) dit également : « Il est des hérédos-syphi-
» litiques, florides, comitiaux et glycosuriques qui
» reçoivent pour leur faux état de santé les plus
» hautes récompenses dans les concours de
» bébés ».

Donc dans beaucoup de cas, latence absolue de l'infection syphilitique pendant de longues années.

Le Professeur Gérard allait plus loin :

Il pensait que la syphilis héréditaire peut ne se manifester jamais.

Néanmoins, il croyait aussi qu'elle peut apparaître très tardivement, non seulement chez l'enfant mais chez l'adulte, être l'origine d'affections souvent graves et dont l'étiologie échappe. Comme signes de présomption : rien, rien, rien : une enfance paisible, sans maladies graves ; un développement normal ; une adolescence heureuse,

tranquille ; une maturité qui s'annonçait facile, sans à-coups.

Inopinément, dans des conditions de santé parfaites en apparences, sans troubles avertisseurs, tout au moins sans symptômes suffisants pour retenir à la chambre, ne fût-ce qu'un jour, chez un homme ou une femme considérés comme solides, surgissent les troubles les plus divers, les affections les plus hétéroclites : depuis les arthropathies, les localisations pulmonaires, qu'on est, d'instinct, enclin à rapporter à la tuberculose, jusqu'aux manifestations cérébrales, méningées et oculaires, les plus étranges et souvent les plus graves.

Dans notre cas particulier, c'est d'une manière toujours brusque que sont apparues les premières manifestations d'une kératite, présentant comme caractère la gravité apparente des lésions observées, leur ténacité, leur tendance d'emblée à la chronicité.

Il y a longtemps que l'attention du Professeur Gérard avait été retenue par cette grave question : grave, car de l'étiologie reconnue ou soupçonnée dépend tout l'avenir — et combien sérieux ! — d'un nerf optique, d'un iris, d'une cornée... d'un œil tout court. Il nous disait :

« En 1902, alors que je fréquentais son service,
» le Docteur Morax insistait très souvent sur l'ap-
» parition tardive, très tardive (après 30, 35, 40 ans
» même) des manifestations oculaires d'origine hé-
» rédo-syphilitique. Je n'ai pas oublié ses utiles
» enseignements et j'ai depuis lors, ajoutait-il,
» conservé un principe uniforme que je transmets
» rigoureusement à mes élèves :

» Toutes les fois qu'il est impossible, en pré-
» sence d'une affection oculaire menaçante, de re-
» trouver la cause immédiate ; toutes les fois même
» où il semble qu'on ait découvert cette cause im-
» médiate, il faut songer, non pas à la lues acquise,
» qu'on a mise et qu'on met à toutes sauces, mais
» toujours et toujours à l'hérédo-spécificité ».

« Autour de moi, disait notre Maître, le Pro-
» fesseur Gérard, cette idée est ancrée au point
» que, sans que j'aie les trois quarts du temps be-
» soin de lever le doigt, mes assistants font, spon-
» tanément, d'instinct, automatiquement, un prélè-
» vement de sang... et tout de suite, dans tous les
» cas, prescrivent un rigoureux traitement antisy-
» philitique ».

C'est ici le lieu de parler du Wassermann.

« La réaction de Bordet-Wassermann, dit F.
» Terrien (*Séméiologie oculaire*, « La calotte cor-
» néo-sclérale », 1923, p. 91) est venue confirmer
» ces données. Dans 90 p. 100 des cas, la kéra-
» tite interstitielle peut être rapportée à la syphilis
» (80 p. 100 à la syphilis héréditaire et le reste à
» la syphilis acquise). Enfin, dans 10 p. 100 des cas
» il faudra incriminer la tuberculose et différentes
» intoxications. Bien entendu, ne rentrent pas dans
» le cadre des réactions positives les réactions in-
» complètes, et cette réaction de Wassermann à
» elle seule ne suffit pas pour affirmer la syphilis ».

Ce n'est pas le lieu de reprendre la justification, ni l'importance étiologique de la réaction de Bordet. Il ne faut la considérer que comme supplément relatif d'information.

M. le Professeur Terrien dit encore : « La constance » de la réaction dans la kératite interstitielle héré- » do-syphilitique est d'autant plus intéressante à » noter qu'elle persiste en dépit du traitement spé- » cifique le plus énergique, contrairement à ce » qu'on observe dans la syphilis acquise. Et ceci » ne doit pas être attribué, comme on l'a dit, à » une quantité considérable de spirochètes répan- » dus dans l'organisme, mais surtout à des toxines » circulant dans le sang et difficilement influencées » par une cure antisyphilitique ».

Le Professeur Georges Gérard (*La Clinique Ophtalmologique*, février 1927) n'était pas tout à fait de cet avis.

« Pour moi, disait-il, la constance n'est pas la » règle... Son pourcentage me semble trop beau. » si je le confronte aux chiffres que j'obtiens ; le » chiffre auquel j'arrive n'est pas supérieur à 60 » à 65 cas positifs sur cent. En second lieu, je n'ai » pas noté dans tous les cas la persistance de la » réaction... ».

Cette différence d'appréciation tient peut-être à ce que (on le verra plus loin) il s'attachait à persévérer dans le traitement complet ; pendant deux ans au moins après la disparition complète de tous accidents oculaires, il ne relâchait sa sévérité que lorsque le Wassermann était devenu négatif. Et même alors, il conseillait à ses patients de prendre sans interruption une cuillerée à soupe de sirop de Gibert vingt jours par mois, précaution qui ne semble pas inutile.

## V. — Symptomatologie

Une des rares allusions à la kératite ulcéreuse hérédo-spécifique se trouve dans un travail de M. le Professeur H. Villard, de Montpellier : « Les altérations de la cornée dans la syphilis acquise » (*Annales d'Oculistique*, octobre 1904) :

> « La photophobie, le blépharospasme, le lar-
> » moiement, les douleurs, qui sont si accusés dans
> » la kératite hérédo-syphilitique, sont réduits à
> » leur minimum dans la kératite de la syphilis
> » acquise ».

Toute l'histoire clinique de notre affection est remarquablement résumée en deux lignes :

« *Photophobie, blépharospasme, larmoiement, douleurs* », sont en effet les symptômes cardinaux de cette kératite ulcéreuse. Il suffit d'y ajouter l'*interminable durée et la non-tendance à la guérison tant que le traitement spécifique n'a pas été institué*, pour que le tableau soit complet.

Le début est brusque, sans cause évidente : incidemment, un sujet de 15 à 35 ans est pris, en pleine santé apparente, d'un larmoiement intense, avec photophobie et suintement.

D'emblée, l'injection périkératique est manifeste, coïncidant toujours avec une hyperhémie conjonctivale, plus ou moins généralisée, ou localisée de préférence vers le canthus externe.

La photophobie, qui contracte l'orbiculaire, ne peut être comparée qu'à celle de la kératite phlycténulaire et de la

kératite scrofuleuse ou tuberculese (double manifestation d'une maladie vraisemblablement unique) à leur période d'état.

Les douleurs sont, dès les premiers jours, parfois dès les premières heures, des plus vives. Elles dépendent d'ulcérations qui sont souvent étendues, étalées, épanouies en tache d'huile, mais restent localisées aux couches superficielles de l'épithélium. On a voulu les expliquer par une dénudation des périphéries ultimes des filets nerveux de la cornée.

La pathogénie de ces kératalgies a été bien établie par M. le Professeur F. Terrien (« *La calotte cornéo-sclérale* », page 103) :

« Peut-être les phénomènes névralgiques ne » sont-ils pas la conséquence de l'altération méca- » nique qui en constitue le point de départ. En » effet, les faits observés montrent des altérations » nerveuses, celles-ci très vraisemblablement pri- » mitives.

» Il semble y avoir de la névralgie des filets ter- » minaux de la cornée et peut-être même de la » névrite, secondaire aux altérations épithéliales ».

A ce propos, dans une description type, M. le Professeur Terrien rappelle fort judicieusement la double origine des nerfs de la cornée.

« ...Les uns profonds, venus du ganglion ci- » liaire et renfermant les éléments sensitifs, mo- » teurs et trophiques, abordent le globe vers la » partie postérieure, pénètrent dans le segment » postérieur de la sclérotique, puis arrivent au » corps ciliaire et aux couches profondes de la » cornée.

» A la périphérie, la sensibilité est donnée non » seulement par les nerfs ciliaires profonds, mais » par les nerfs ciliaires superficiels, branches ve- » nant des nerfs nasal, lacrymal, temporal, sous- » maxillaire. Ils passent de la conjonctive dans le » segment antérieur de l'œil, s'étalent à sa surface » et vont former là un anneau, le plexus annulaire » périphérique, d'où vont partir les branches qui » formeront dans leur intérieur, après avoir perdu » leur myéline, des plexus : plexus superficiel, » plexus épithélial profond dont les branches cons- » titueront un nouveau plexus, intraépithélial, d'où » partiront les derniers rameaux qui viennent s'é- » panouir par un petit renflement, le bouton ter- » minal. Celui-ci, tout à fait superficiel, se trouve » protégé par une ou deux cellules aplaties, mais » la desquamation la plus légère, une simple » éraillure épithéliale, mettra ces terminaisons à » nu ; toute infection exogène, favorisée par les » saprophytes du sac conjonctival, ou endogène, » pourra déterminer une névrite des nerfs de la » cornée ».

## VI. — Diagnostic et Traitement

Des différentes questions qui ont été soulevées, non plus que de toutes les hypothèses et présomptions, dans quelque ordre que ce soit, il ne faudrait conclure que le diagnostic s'impose.

Le terrain est brûlant ; on ne saurait rester trop éclectique et analytique.

A notre avis — nous croyons l'avoir démontré dans notre travail — il existe bien une entité clinique, une affection méritant d'être étiquetée : *kératite ulcéreuse hérédo-syphilitique frappant l'adolescent et l'adulte.* Faut-il en conclure qu'une kératite ulcéreuse de l'adolescent et de l'adulte soit forcément, même fréquemment, d'origine hérédo-spécifique ?

De prime abord, rien ne distingue une kératite banale d'une kératite diathésique. Que dans tous les cas on soit enclin à penser à la syphilis, rien n'est plus judicieux.

Mais nous n'irons pas jusqu'à prétendre que dans tous les cas il faille incriminer la syphilis : rien n'est plus faux. M. le Docteur Terson est d'avis que :

« Devant certains ulcères cornéens, insolites de » par leur forme ou l'absence de causes de voisi- » nage, chez des syphilitiques avérés ou possibles » (et la question doit se poser devant tout ulcère, » ici comme ailleurs), il faut se demander jusqu'à » quel point la lésion est syphilitique ? Problème, » ajoute-t-il, que ni la bactérioscopie, ni les réac- » tions spéciales, ni même la guérison, fût-elle » accélérée par le traitement réputé spécifique, ne

» résolvent toujours catégoriquement. Tous les sy-
» philigraphes qui traitent un ulcère de jambe
» nous le confirment ».

M. le Docteur Terson pense « qu'à côté de la gomme
» cornéenne ulcérée, accident syphilitique direct
» et virulent, il y a des ulcères indirectement sy-
» philitiques et quelques hybrides, car les associa-
» tions étiologiques et compliquées sont plus fré-
» quentes encore en pathologie que les cas purs et
» simples. Il ne faut guère compter sur la bacté-
» rioscopie pour trancher le débat. Elle fut néga-
» tive dans le cas de Fox, où cependant le Bordet-
» Wassermann était largement positif, comme il
» était négatif dans plusieurs de nos cas, cepen-
» dant hérédos indéniables ».

Il résulte de tout ceci que le diagnostic clinique apparaît impossible. Les réactions de laboratoire sont inconstantes, et l'on ne peut, sans tomber dans des généralisations d'ordre tout à fait antiscientifique, s'appuyer exclusivement sur elles : pas plus dans un sens que dans un autre.

Le problème ne peut être résolu que par le traitement. Il est permis de poser ce principe : *quand des ulcérations de la cornée résistent à tous les traitements externes, à l'hygiène générale, aux régimes, on doit essayer le traitement spécifique : il ne présente pas d'inconvénients s'il est appliqué avec prudence et bien surveillé, et c'est lui qui fera le diagnostic étiologique.*

En effet, si l'amélioration survient, il y a toutes sortes d'arguments qui permettent d'incriminer la spécificité.

Certes, si l'affection persiste, sans modifications dans le

premier mois, il est logique de négliger une étiologie qui, rationnellement, ne semble pas en cause.

Mais, dans les cas où le traitement spécifique est rapidement suivi de succès, la preuve de son utilité nous semble si évidente que c'est sur elle que nous nous fondons pour affirmer qu'il existe une forme spéciale de kératite ulcéreuse de l'adulte pouvant être rapportée à l'hérédo-syphilis et ne pouvant être rapportée qu'à elle seule.

Et nous proposons le principe suivant : *toutes les fois qu'éclate une kératite ulcéreuse de l'adulte, évoluant sans tendance à la guérison, alors qu'un traitement logique et classique a été institué, il faut penser à la syphilis héréditaire.*

Il faut avoir présent à l'esprit ce principe car les symptômes de la kératite ulcéreuse dont nous nous occupons n'ont rien de particulier : la photophobie est intense, l'hyperhémie conjonctivale est marquée ; la cornée est localement vascularisée, ulcérée par plaques plus ou moins étendues ; les douleurs oculaires (d'origine kératique et irienne) sont variables d'intensité.

Le diagnostic de la lésion locale s'impose ; le diagnostic de la cause reste en suspens : l'examen clinique ne montre pas de cause précise, l'état général peut inciter à penser à la tuberculose ; il peut y avoir des concomitances d'ordre rhumatismal ; s'agit-il d'une complication d'une maladie récente : grippe, bronchite banale, rhino-pharyngite aiguë ?

La réaction de Bordet-Wassermann a été faite : elle est négative. Ce n'est pas une raison suffisante pour rejeter, à notre avis, l'idée de syphilis, si surtout les symptômes persistent — et c'est alors que nous avons l'épreuve du traitement.

Evidemment des kératites ulcéreuses évoluent parfois avec une lenteur désespérante et, quoi qu'elles soient bien

observées, bien suivies, bien soignées, elles résistent à tous les traitements possibles. Un beau jour, sans raison connue, elles guérissent — comme par enchantement, pourrait-on dire.

Et on pourrait alors objecter dans certains cas qu'il s'agit d'une coïncidence entre l'amélioration et le traitement ; mais cependant prenons une kératite ulcéreuse soignée pendant un temps variable, comme une affection banale : quels que soient les enseignements donnés par le Bordet-Wassermann, on institue le traitement mercuriel avec iodure. Les lésions s'améliorent en moins de quinze jours, guérissent complètement en moins de trois mois. N'est-on pas forcé de convenir, selon toute vraisemblance, que la syphilis peut être en jeu ? N'est-on pas amené, logiquement, à persévérer dans l'idée étiologique et dans le traitement ? Et il n'a pas été nécessaire pour cela de risquer de jeter le soupçon dans l'âme des malades par de longues recherches et des interrogations minutieuses qui, disait notre Maître, sont non seulement inutiles, mais déplorables et même hors de propos.

> « J'ai côtoyé pas mal d'hérédos types, ajou-
> » tait-il, ils sont renseignés, parce que les preuves
> » de l'infection paternelle éclatent, ils maudissent
> » leur père, le rendent responsable et à tout propos
> » (non sans quelque raison) de tous les maux qu'ils
> » ont endurés depuis leur plus lointaine enfance ».

Certes, ce n'est pas le cas, en général, des kératiques. Néanmoins il est préférable de ne jamais effleurer leur esprit du soupçon de spécificité, il est facile de les amener à se soigner et à continuer à se soigner, sous les vagues prétextes d'anémie, de faiblesse générale et sur la crainte, plus compréhensible pour eux, de voir réapparaître une maladie qui les a fait souffrir.

Evidemment, on peut rencontrer des obstacles dans la prescription du traitement, mais il faut les surmonter.

Laissons parler ici M. le Docteur Terson :

« Que de fois, dit-il, nous sommes en lutte avec » le médecin de famille pour lui faire accepter » l'idée, puis le traitement, cependant toujours » discret, toujours associé, toujours dissimulé, » sous tant de formes actuellement très bien « ca- « mouflées »... Que de fois nous sommes utiles » ainsi, non seulement à l'ophtalmopathie, mais à » l'avenir du malade, dans les familles où un pra- » ticien — « ennemi des drogues » — traite l'hé- » rédo-syphilis par l'hygiène, la vie au grand air et » les rayons de tout genre, même ultra-violets ou » souvent par rien du tout — et dans son propre » entourage... Dans ce traitement par les agents » physiques, d'une gomme ou d'une choroïdite, » l'«ennemi des drogues » se laisse un peu trop » rapidement distancer ».

M. le Docteur Terson dit encore :

« Lorsque Galezowski, plus encore que mon » Maître Desmarres, ajoutait, presque à tout traite- » ment ophtalmologique, quelques frictions mercu- » rielles, il n'avait pas tort, en principe. Nous » avons des ressources plus élégantes, plus pro- » pres, moins odorantes, mieux masquées, que » nous utilisons, sans apparemment approfondir, » surtout par une enquête ouverte, gauche et dé- » plorablement interprétée, des mystères, souvent » éblouissants déjà de clarté méconnue.

» En outre, comme ophtalmologiste, nous de-

» vons encore lutter contre la notion étroite, anti-
» scientifique, d'un traitement de sens exclusive-
» ment spécifique. C'est cette notion bornée, né-
» faste qu'on nous oppose formellement et qui pro-
» voque cette sotte et déplorable révolte. Le trai-
» tement antisyphilitique a ses affinités électives,
» répétons-le, mais il guérit aussi d'autres infec-
» tions ; il est polyvalent, et comment ne le se-
» rait-il pas ? Il est bon, sous des formes diverses
» et non dangereuses, de l'introduire dans toutes
» les situations troubles où la syphilis peut avoir
» une part, fût-elle ancestrale et difficile à propor-
» tionner. Sans la voir partout, il faut n'en parler
» jamais, et la traiter presque toujours, même
» avec un traitement débaptisé, dussions-nous
» nier, s'il le faut, notre louable intention. On gué-
» rit ainsi beaucoup plus et beaucoup mieux, sans
» bruit, sans péril, ni matériel ni moral. C'est tout
» ce qu'on nous demande et tout notre devoir clair-
» voyant ».

M. le Docteur Terson indique encore :

« Ai-je besoin d'ajouter qu'au grand jamais le
» traitement antiseptique local, topique et même
» chirurgical, ne devra être subordonné au traite-
» ment général, mais qu'ils devront, associés en
» proportion variable avec les conditions morbides,
» répondre aux deux indications de toute thérapeu-
» tique consciente et bien organisée ; traiter l'in-
» fection ectogène, sans négliger le terrain et l'in-
» fection ou l'intoxication internes ?

» C'est sous cet angle sans raideur que l'on de-
» vrait envisager les interminables disputes sur la

» valeur du traitement dit spécifique dans les car-
» diopathies, certains rhumatismes, surtout défor-
» mants, comme la sclérite déformante, et bien
» d'autres affections générales, oculaires et coexis-
» tantes où il a son utilité, à condition de le faire
» sans cette rigueur du « tout ou rien », qui tue
» parfois le malade avec la maladie pour commen-
» cer ou, au contraire, s'en remet seulement à
» l'hygiène et au régime, sacro-saints, mais insuf-
» fisants ».

Le diagnostic étiologique, en somme, doit être fait par le médecin, mais pour lui-même. Et vis-à-vis de lui-même, il reste le gardien muet, le dépositaire averti d'un secret qui n'est pas le sien, mais qui lui permet d'agir utilement, promptement, efficacement. Ce diagnostic s'étaye sur la confrontation des signes décisifs de kératite ulcéreuse qui dirigent le traitement local, d'une part, de l'efficacité et du succès rapide du traitement général, intensif, qui aura été appliqué avec des signes présomptifs minimes et même en l'absence de réactions sanguines positives — d'autre part.

# VII. — Observations cliniques

## OBSERVATION I

(communiquée par le Professeur Georges GÉRARD)

**Kératite ulcéreuse de l'adulte d'origine hérédo-syphilitique**

« Le 28 avril 1922, Mme Léon H..., 25 ans, est aiguillée vers mon cabinet par le regretté Docteur Leblanc, oculiste à Avesnes.

Son allure est lamentable : emmitouflée dans un châle, les yeux sous un épais bandage, elle monte péniblement l'escalier, soutenue par son mari et par sa mère, qui, durant tout le traitement — et depuis — est restée pour moi la plus judicieuse des collaboratrices.

De renseignements héréditaires, point ou peu de chose : fille unique. Les parents sont bien portants : pas d'autre grossesse ; pas de fausses couches.

Personnellement, l'intéressée s'est toujours bien portée.

Mariée depuis trois ans, elle a déjà avorté deux fois.

Ses yeux sont malades depuis septembre 1921 ; les traitements les plus disparates ont été essayés, tous ont échoué.

Elle a un aspect hideux : les bras me tombent quand elle m'apprend son âge (je la prenais pour une vieille femme) ; toute la face est boursouflée ; les yeux, rouges, suintants, restent énergiquement occlus sous des paupières comme des quartiers d'orange, rouges, suintantes. Leur écartement difficile provoque un écoulement abondant de liquide — larmes et muco-pus.

Des deux côtés, je note, disséminées sur des cornées uniformément dépolies, des ulcérations irrégulières, mais superficielles, autant que j'en puis juger par la fluorescéine.

L'état général semble satisfaisant ; mais la photophobie est si intense et si persistante que le sommeil est, toutes les nuits, interrompu plusieurs fois.

Les conjonctives sont hyperhémiques, sur les paupières et sur le bulbe, et sécrètent sans interruption, nuit et jour. Les cornées sont vaguement vascularisées, mais juste aux confins du limbe.

Je m'arrête au diagnostic de kératite ulcéreuse chronique, sans arriver à découvrir une étiologie vraisemblable à cette grave

localisation qui dure depuis tantôt huit mois. Je prescris le traitement : atropine *larga manu*, compresses chaudes, désinfection journalière du nez, désinfection du cuir chevelu, cacodylate de soude ; je pratique une série d'échaudages de la cornée ; je répète trois fois de légères cautérisations ponctuées, au niveau du limbe. Peine perdue.

L'état local ne se modifie pas ; c'est désespérant. J'interroge régulièrement ; j'insiste éperdument sur le début, sur l'origine possible, sans résultat appréciable... jusqu'au 6 juin, date à laquelle, enfin, à force d'insister, on me déclare que le début de l'affection oculaire a coïncidé avec l'apparition d'une ulcération marginale de la langue qui a cédé en peu de jours à un banal collutoire, mais qui a laissé sa trace sous la forme d'une cicatrice que je juge suspecte et qui m'incite, à tout hasard, à prélever du sang.

Révélation : Bordet-Wassermann : + + +.
Hecht-Bauer : + + +.

J'institue le traitement spécifique aussi rigoureusement que possible (non sans avoir également fait une prise de sang au mari - - le Bordet-Wassermann est négatif et à deux reprises est resté négatif) — le traitement local étant conservé, cela va de soi.

Cinq piqûres d'huile grise — six intra-veineuses de néo (une tous les huit jours) en coïncidence avec l'absorption d'iodure de potassium, de 1 à 12 grammes, puis de 12 grammes à 1 gramme par jour pendant vingt-cinq jours. Repos : dix jours. Reprise d'iodure, etc...

L'amélioration survient tout de suite, *dans les huit jours* qui suivent la première injection intra-veineuse de néo : le suintement se tarit presque immédiatement, la photophobie s'apaise et a disparu complètement pour toujours à la fin de juin. L'appétit, le sommeil sont bons ; les règles, irrégulières, sont revenues aux époques précises. Une euphorie de bon augure a remplacé l'état d'angoisse et d'alarme perpétuelles de cette malheureuse, qui commence à ouvrir les yeux et à se guider seule, tant dans la rue qu'à la maison.

Je passe.

Le 2 septembre l'œil gauche est guéri, l'œil droit très amélioré. La vision revient, lentement mais sûrement. Les ulcérations sont comblées, les opacités superficielles.

Le 10 octobre, nouveau Bordet-Wassermann + + + ; nouvelle série de six néos avec huile grise. Iodure en permanence.

Les cornées sont parfaitement cicatrisées à la fin de 1922 ; les paupières normalement ouvertes.

Le 6 mars 1923, V. O. D. = 5/20 comme V. O. G. = 5/20.

Nouveau Bordet-Wassermann, toujours + + +.

Nouveau traitement, intensif comme au début, malgré tout.

La malade est enceinte.

Je la revois en juin, puis en octobre 1923.

Elle accouche d'un garçon qui présente et a, jusqu'à ce jour, les apparences d'une santé correcte.

...Mme H... est reparue à mon cabinet le 12 février 1926. La cornée des deux côtés, est admirablement réparée, bien polie et transparente, mais l'acuité n'est pas en rapport avec cette guérison superficielle.

(V. O. D. = 5/25 ; V. O. G. = 5/35). La choroïde, en effet, garde indélébilement les traces des atteintes de la poussée de 1922 ; cela bien que le traitement par IK ait été interrompu jusqu'en juin 1925.

En septembre 1926, elle est enceinte pour la quatrième fois. Depuis la fin de 1923, elle a pris, assez régulièrement, une cuillerée à soupe par jour de sirop de Gibert. Je n'ai pas manqué de prélever encore du sang : LE BORDET-WASSERMANN EST NÉGATIF. Malgré tout, je lui ai impérieusement conseillé de suivre, jusqu'à la fin de la grossesse, le traitement spécifique, de faire alterner l'iodure à doses modérées (1 à 4 grammes par jour) avec le Gibert.

Une lettre, m'annonçant que la grossesse a été menée à bonne fin, m'arriva dans les derniers jours de 1926 ».

## OBSERVATION II

(obligeamment communiquée par M. le Docteur CHAPPÉ, oculiste à Paris)

**Kératite ulcéreuse de l'adulte n'ayant aucune tendance à la guérison, guérie rapidement par le traitement spécifique Bordet-Wassermann négatif.**

« Mme B..., 55 ans, habite la province. Elle vient à ma consultation le 16 octobre 1925, avec un ulcère à hypopyon de l'œil droit, voies lacrymales perméables.

L'œil gauche présentait des leucomes périphériques avec un kératocône et un très fort astigmatisme inverse. La vision de cet œil était réduite à compter les doigts à 1 m. 50.

Le traitement suivant fut institué :

Cautérisation au galvanocautère de l'ulcère, atropine, pommade à l'iodoforme.

L'amélioration fut très rapide ; le 23 octobre, l'œil droit était guéri.

Mais l'œil gauche se prend à son tour, et bientôt s'établit un ulcère marginal de la cornée.

Un examen bactériologique pratiqué alors montre quelques diplocoques prenant le Gram.

L'ulcère est cautérisé le 27 octobre, puis le 12 novembre.

Le 21 novembre, léger hypopion. Outre le traitement local, une injection de 1 c. c. 1/2 de lait est faite.

Le 23 novembre, injection de lait : 5 c. c.

Le 28 novembre, pas d'amélioration. Des immunizols Grémy sont alors appliqués en pansements, continués les jours suivants.

1er décembre : *perforation spontanée* de la cornée gauche.

5 décembre : l'œil gauche va bien mieux.

12 décembre : la malade quitte Paris.

Elle revient le 22 décembre, avec un abcès de la cornée droite.

La chambre antérieure de l'œil gauche a disparu.

Le 24 décembre, la malade va mieux et quitte Paris.

Le 9 janvier 1926, elle revient : l'œil droit ne va pas mal, seulement il y a une rechute à l'œil gauche. Une cautérisation est faite à cet œil le 15 janvier et le traitement local appliqué jusqu'au 15 février.

A cette date, un examen du nez et de la gorge est pratiqué par un confrère qui ne trouve rien d'anormal.

Le 16 février, rechute de l'œil droit, avec deux points de kératite et une zone d'infiltration.

Hypotension. Cautération périlimbique.

Une injection intra-veineuse *d'énésol* est alors faite et renouvelée le 19 et le 22 février.

Les 24, 26 février.

3 et 5 mars, injections de néo-riodine.

Prise de sang pour un *Bordet-Wassermann qui est négatif.*

La sécrétion de l'œil droit étant abondante, un nouvel examen bactériologique de la sécrétion est pratiqué et montre quelques diplocoques prenant le Gram.

Les voies lacrymales sont perméables.

Malgré le Bordet-Wassermann négatif, malgré le résultat de l'examen bactériologique, ne sachant plus que faire, j'ai refait de l'énésol les 10 et 13 mars et, l'infiltration gagnant toute la cornée, j'ai fait du *cyanure intra-veineux*, 1 c. c. puis 2 c. c. tous les deux jours, à partir du 16 mars jusqu'au 23 avril.

L'amélioration s'est manifestée dès le 20 mars et la malade a quitté Paris le 23 avril, pouvant lire avec un verre approprié.

L'œil gauche s'est aussi éclairci.

J'ai reçu dernièrement des nouvelles de la malade : elle continue à aller de mieux en mieux ».

## OBSERVATION III

(communiquée par le Professeur Georges GÉRARD)

### Kératite ulcéreuse monoculaire de l'adolescence d'origine hérédo-syphilitique

« Le 8 avril 1924, Mlle E. B..., 21 ans, m'est adressée des environs de Cambrai avec le diagnostic de kérato-conjonctivite.

Les parents semblent bien portants, ainsi que le premier et le troisième de leurs enfants.

Le sujet que j'interroge après examen rapide, est une forte fille de la campagne, adipeuse et d'apparence solide. Elle n'a jamais eu de maladie grave.

Son affection oculaire a débuté il y a trois mois. D'emblée, elle a présenté les caractères qu'elle a aujourd'hui et a résisté à une série de traitements locaux institués par plusieurs confrères successivement consultés.

Sur la cornée de l'œil gauche, je note une couronne d'ulcérations marginales grisâtres, d'aspect bâtard, très douloureuses, qui causent une photophobie intense et du larmoiement continu.

Hyperhémie générale des vaisseaux superficiels et profonds.

*Il existe une adénite prétragienne, non douloureuse, du volume d'un gros pois.* (C'est la première fois que je note du retentissement ganglionnaire : il ne peut être mis sur le compte de la sécrétion conjonctivale, muco-purulente, mais peu abondante qui, à l'examen bactériologique, ne présentait que des éléments banaux et sans intérêt spécial).

Acuité visuelle : perception confuse de la main à 0 m. 20.

Devant l'inutilité des moyens mis en action jusque là, je flaire la lues : prise de sang, injection d'huile grise, ordonnance d'iodure à doses croissantes, traitement local classique.

Bordet-Wassermann +++.

Dès le 12 avril, quatre jours après la première consultation, l'amélioration est *très* notable.

Cinq injections d'huile grise, pratiquées en même temps qu'une série d'injections intra-veineuses de néo (les 17 et 26 avril, les 3, 10, 17 et 24 mai), assurent une guérison rapide et qui est parfaite au 14 juin. Ce jour-là, V. O. G. = 5/20.

Sur mon conseil, la malade est revenue au début de 1925. Malgré l'excellente apparence de sa cornée, je prélève du sang. Le Bordet-Wassermann reste +++.

Je pratique une nouvelle « série de néos » les 23 et 28 février, le 21 mars, le 25 avril (un nouvel examen du sang n'a pu être fait).

Je conseille de continuer régulièrement l'iodure (de une à cinq cuillerées à soupe) douze jours par mois.

Le traitement a été rapidement abandonné ainsi qu'on le verra plus loin.

L'observation tire son intérêt de ce que :

1° La localisation kératique est restée limitée au seul œil gauche. L'œil droit a toujours gardé sa limpidité, son acuité égalant 5/7,5.

2° Malgré l'absence de signes concomitants d'hérédo-syphilis — du côté des dents en particulier — on ne peut laisser de côté le Bordet-Wassermann, nettement positif, et surtout l'action rapide du traitement spécifique qui, à mon avis, a cicatrisé la cornée en moins d'un mois.

L'intéressée a été revue à la fin de 1925 (elle m'amenait une de ses parentes). J'ai insisté pour lui reprendre du sang : le *Bordet-Wassermann a été nettement négatif*, mais la réaction de Hecht-Bauer montre une fixation légère du complément naturel.

V. O. G. est remontée à 5/10.

J'ai eu beau engager ma grosse malade à reprendre un traitement quelconque — n'eût-ce été qu'une cuillerée à soupe de sirop de Gibert, dix jours par mois — elle a argué de l'excellent état de l'appareil visuel et de la vision, pour s'évader.

Il est bien difficile de faire admettre, à des spécifiques qui se trouvent guéris, l'épreuve minima des huit mois de Vernes ».

## OBSERVATION IV

(obligeamment communiquée par M. le Docteur Chappé, oculiste à Paris)

### Etiologie d'une kératite ulcéreuse de l'adulte dénoncée par le traitement spécifique

« M. L..., 39 ans, vient à ma consultation le 8 février 1926 avec des taies anciennes des deux cornées et un ulcère marginal de la cornée gauche.

Le 10 février, cet ulcère est cautérisé au galvanocautère.

Le 13, une injection, sous-conjonctivale, de sérum physiologique est faite à l'œil gauche.

Le traitement local : atropine et argyrol, est continué les jours suivants.

Des douleurs violentes se manifestent ; l'œil est hypertendu. Le 25 février, le malade n'accuse aucune amélioration, le traitement local (nitrate d'argent, sulfate de zinc, argyrol) ne donne rien.

Le 26 mars, je me décide à faire des injections intra-veineuses de cyanure de mercure.

L'amélioration est rapide.

Le 17 mai, le malade est guéri et reprend son métier de chauffeur de taxi ».

## OBSERVATION V

(communiquée par le Professeur Georges GÉRARD)

**Kératite ulcéreuse de l'adulte d'origine hérédo-syphilitique**

« Mme veuve P..., 36 ans, habitant un village des environs d'Avesnes, m'est adressée le 4 juin 1925, par mon collègue et ami, M. le Professeur Desoil.

Elle m'apprend que, il y a trois semaines, du jour au lendemain, ses yeux sont presque subitement et en même temps devenus très douloureux, surtout à la lumière.

J'écarte les paupières et je fais le diagnostic de kératite ulcéreuse double. Je fais une large prise de sang.

A ce moment seulement, j'interroge.

Les renseignements sont tout de suite des plus nets : ils m'ont été confirmés par une relation écrite très précise que m'a adressée la sœur de l'intéressée et dont je tire les détails qui suivent :

Mme P... est la sixième et dernière des enfants. A sa naissance, sa mère avait 33 ans, son père 38 ans. Des cinq autres enfants, les deux aînés sont vivants et bien portants. Le troisième, de 1881, est mort en bas-âge. La quatrième, née en 1883, vécut six semaines pendant lesquelles elle fut constamment malade ; le cinquième, venu en 1886, a vécu six mois (sur lui, aucun détail retenu).

La mère mourut peu de mois après la naissance de son sixième enfant : elle était toujours souffrante — maux d'estomac, faiblesse, anémie, manque de forces...

Le père a vraisemblablement ressenti les premiers symptômes d'un tabès (ou plutôt d'une P. G.) vers 1886 ; il avait alors 34 ans.

« La relation de sa maladie sera nécessairement obscure et incomplète, les souvenirs d'enfant étant confus et sans liaison ».

A vrai dire, ils sont absolument typiques.

En 1891, il présenta, dix-sept jours durant, une amaurose complète qui céda à des frictions mercurielles et à la suite de laquelle la vision resta précaire, sinon abolie, dans le champ temporal.

Jusqu'en 1897, il reprit ses travaux, d'ordre intellectuel, se soignant — semble-t-il — assez régulièrement, par l'absorption journalière d'un gramme d'iodure de potassium.

Les signes de paralysie générale se confirmèrent, s'aggravèrent en décembre 1906. Il fut interné dans une maison de santé où il mourut au début de 1907.

La syphilis paternelle est nette. Il est possible que son action ait été atténuée par le traitement suivi par le géniteur. Il n'en semble pas moins acquis que l'affection se soit transmise, atténuée, au seul enfant né vivant entre 1883 et 1890.

— Notre malade a toujours eu une santé chancelante. Je néglige de banales fièvres éruptives pour signaler seulement des indispositions subites, à intervalles fréquents, des vomissements apparaissant sans cause, fréquents, mais peu durables, des céphalalgies tenaces, un état d'anémie que n'améliorait aucun traitement. Les règles, apparues à l'âge de 16 ans, restèrent douloureuses jusqu'au mariage — en 1923 — qui semble mettre fin à toutes les petites misères d'une adolescence pénible. Une grossesse immédiate, sans incident, se termina à terme, par la naissance d'une petite fille que je connais : elle a actuellement 12 ans et présente tous les signes d'une santé florissante.

Veuve en fait depuis la mobilisation (son mari fut tué au début de la campagne), Mme P..., restée en pays occupé, tomba malade en 1915 : maux de tête presque continuels, vertiges, sensation de lassitude avec idées fixes se traduisant par la phobie des microbes.

Rémission complète jusqu'en 1924, année pendant laquelle apparurent, au cours d'une furonculose tenace, une série de symptômes disparates, intéressant à la fois :

— *L'appareil oculaire : inflammation de l'œil gauche, avec gonflement des paupières et photophobie* (les précisions manquent, mais imposent l'idée *d'une première poussée de kératite*).

— L'état général : perte complète d'appétit, dépression nerveuse avec contractures intermittentes de la face, du côté gauche (ces secousses tétaniques bien que négligées par la malade, ne sont jamais complètement disparues).

— Le 4 juin, Mme P... présente les symptômes oculaires suivants :

L'œil gauche, particulièrement touché, est protégé par l'occlusion énergique réflexe des paupières, qu'on arrive difficilement à écarter. La photophobie est intense et très douloureuse.

La conjonctive bulbaire est congestionnée, léger bourrelet chémotique en dehors et en bas.

La vascularisation anormale ne siège pas seulement sur la conjonctive, mais intéresse également les vaisseaux profonds et a envahi la cornée dans toute sa moitié inférieure, et dans sa portion externe. Le globe est douloureux, mais il n'y a pas de tension. La cornée présente, en regard de la pupille, une vaste ulcération *en sabot*, large de cinq à six millimètres, haute de plus de deux millimètres. Larmoiement, douleurs gravatives péri-oculaires. Pas de sécrétion. La pupille est irrégulière et contractée. L'iris est dépoli, mais l'ulcération et l'hyperhémie cornéennes sont trop étendues pour qu'on puisse en analyser les détails avec précision. L'acuité n'est pas supérieure à la perception des doigts à 0 m. 20.

L'œil droit moins douloureux, beaucoup moins congestionné que le gauche, présente une petite ulcération paracentrale vers VIII heures.

Son acuité est égale à 3/50.

L'instillation répétée et large du collyre à l'atropine amène un soulagement relatif.

Je fais une injection d'huile grise dans la fesse, et prescris : compresses chaudes en permanence ; collyre à l'atropine à 0,05 pour 10, six fois par jour ; repos, séjour dans l'obscurité, iodure de potassium à doses croissantes ; dionine : un centigramme au moment du coucher.

Le 9 juin les réactions se sont montrées positives (Bordet-Wassermann : + + ; Hecht-Bauer : +).

L'état local s'est amélioré légèrement, mais la photophobie est encore très prononcée à gauche. Les douleurs oculaires et péri-oculaires ont diminué, l'iris tend à se dilater et sa petite circonférence se régularise.

Je pratique, en même temps que quatre nouvelles piqûres d'huile grise, une série d'injections de Galyl, le 9, le 13, le 18, le 23 juin, puis le 4 juillet.

Dès la fin juin, l'amélioration est si considérable que la guérison s'annonce comme prochaine.

L'ulcération de l'œil droit est guérie, la rougeur a disparu, l'acuité s'est relevée à 5/30.

L'ulcération de l'œil gauche est en voie de réparation, le chémosis a disparu ; les vaisseaux cornéens reculent vers le limbe. V. O. G. = 4/50.

La malade mange bien, dort ; elle a engraissé légèrement.

Le 10 juillet, je la considère comme guérie localement. Au cours de son traitement, j'ai, cela se conçoit, raréfié les instillations d'atropine qui, ce jour-là, sont supprimées définitivement.

La vie reprend. La vue revient. Mais l'intéressée, alertée, comprend l'intérêt qu'il y a pour elle à continuer rigoureusement le traitement général.

Sans que je lui en aie rien dit, les conversations qu'elle a eues avec son frère aîné — un homme très intelligent — l'ont renseignée sur un état qu'elle sait être d'origine héréditaire et elle admet sans discussion les raisons qui lui imposent de poursuivre sa *désinfection générale* avec rigueur.

Le 22 août, galyl : 0 gr. 45. La guérison se maintient. L'acuité est remontée au point que la malade vient seule à la consultation.

Nouvelles séries de 914 intra-veineux en septembre 1925, puis en mars 1926.

Le 8 mai, l'œil droit est intégralement guéri ; son acuité est voisine de la normale.

V. O. D. = 5/7,5. Pas d'opacité appréciable.

L'œil gauche s'est réparé d'une façon inespérée. L'ulcération, malgré son étalement, n'a laissé comme vestiges que des taies disséminées, plus visibles vers 6 heures et vers 9 heures.

La réparation de la moitié externe, la plus touchée, est aussi parfaite que possible ; l'acuité s'est relevée jusqu'à 5/30 « petit ».

Je revois Mme P... à intervalles irréguliers. J'ai refait un prélèvement de sang. Elle continue à se soigner très attentivement, faisant alterner l'iodure de potassium à doses croissantes (jusqu'à 10 grammes) et décroissantes avec le sirop de Gibert. Malgré quoi, l'hérédité spécifique s'est manifestée encore — pendant mon absence en août — par des troubles auriculaires assez impressionnants : bourdonnements persistants et surtout vertiges avec tendance à la chute.

Pendant mon absence, un médecin lui fait deux intra-veineuses de cyanure qui n'ont pas été tolérées.

L'examen des oreilles a été pratiqué par M. le Docteur Didier qui posa le diagnostic suivant : synéchies de l'oreille droite (par suite d'otite à l'âge de 15 ans).

Le 14 septembre 1926, je note une parésie faciale du côté droit.

L'état des yeux est aussi rassurant que possible. J'ai pourtant l'impression que, malgré le traitement qui a été repris,

l'imprégnation spécifique demeure. Il me faut rester plus circonspect que jamais...

Serions-nous arrêtés au seuil infranchissable, si judicieusement signalé, dans l'hérédo-syphilis, par le Docteur Hutinel, en décembre 1925 ? »

## OBSERVATION VI

(clinique ophtalmologique de l'Hôpital Saint-Sauveur)

**Kératite chronique (ulcères récidivant depuis une dizaine d'années) d'origine hérédo-syphilitique**

« Marie-Louise D..., 18 ans, de Thumesnil, grande et frêle, le teint jaune cireux, les gestes lents, tôt fatiguée, est vue pour la première fois le 11 mai 1926.

Les deux yeux sont couverts d'ulcérations.

L'affection oculaire, pour laquelle elle se présente à la consultation, a débuté, il y a plus de dix ans, en pleine guerre ; malgré des rémissions courtes, cette ophtalmie récidive sans relâche, et malgré tous les traitements suivis.

Diagnostic anatomique : ulcérations disséminées sur la cornée des deux yeux, avec photophobie, rougeur et suintement.

Antécédents héréditaires. — Le père, 42 ans, a de la bronchite chronique. La mère, 39 ans, corpulente, paraît bien portante ; ses grossesses ont été normales, elle n'a pas fait de pertes. Une sœur, 17 ans, bien portante.

Antécédents personnels. — A quatre ans, otite suppurée, à huit ans, première poussée de kérato-conjonctivite (elle serait apparue après une scarlatine) qui s'est produite plusieurs fois par an, et tous les ans.

Depuis le début de 1925, l'inflammation s'est aggravée et ne laisse plus de repos à la malade.

A signaler, en outre, que depuis deux ans, à la suite d'arthrite des deux genoux, avec douleurs violentes, à caractère fulgurant, s'irradiant du dos du pied à la cheville et jusqu'au tiers moyen de la jambe gauche, sont apparues sur la faxe externe de la jambe gauche, au tiers inférieur, des plaques roussâtres, de dimensions variables, qui se sont ulcérées, suppurant l'hiver pour se cicatriser l'été.

La prise du sang ayant donné : Bordet-Wassermann +++, j'essaie d'obtenir quelque indication relative à la spécifité. Les déclarations, confuses autant que prolixes de la mère, nous apprennent bien que le père a eu un écoulement blennorragique en

1919, mais ne donnent aucune présomption nette en faveur d'une syphilis paternelle.

Par contre, l'infection pourrait vraisemblablement être rapportée — et pourquoi pas, tout le monde semblant actuellement disposé à admettre la transmission de la syphilis, par hérédité, jusqu'à la cinquième génération — au grand-père paternel, mort jeune, après avoir présenté des troubles nerveux que sa descendance s'accorde sans générosité à rapporter à la vérole.

L'hérédo-syphilis aurait ici sauté une génération pour se traduire — d'ailleurs précocement — par des troubles auriculaires et oculaires : *quoi qu'il en soit, elle seule est en cause et plus que le Bordet-Wassermann, c'est le traitement qui l'accuse et la signifie.*

Les symptômes locaux sont ceux d'une kératite ulcéreuse grave : ulcères avec congestion périkératique intense, photophobie, douleurs oculaires et péri-orbitaires, suintement continuel, mais pas de sécrétion à proprement parler. Il n'y a pas lieu d'insister.

Malgré son aspect précaire, l'état général est satisfaisant : appétit normal, pas d'amaigrissement, cœul normal ; aux poumons, rien de bien particulier ; système nerveux normal, réflexes normaux. A noter, toutefois, une série de troubles vaso-moteurs caractéristiques, frappant les extrémités qui sont bleuies et froides, constamment, mais pas d'asphyxie locale vraie, pas d'hyperhydrose.

Les ulcérations contournées autour de la malléole externe et sur le tiers inférieur de la jambe, d'un diamètre moyen d'une pièce de cinquante centimes, sont limitées par des contours à pic, et laissant sourdre, à la pression, un liquide sanieux.

Non seulement nous les avons rapidement rattachées à la lues, mais leur existence nous a été indispensable pour dénicher la cause de l'affection oculaire, et pour faire instituer le traitement anti-syphilitique, avant même d'attendre les résultats du Bordet-Wassermann.

Cette conduite, qui a été couronnée d'un très prompt et très complet succès, se déduit logiquement des cas précédents, et découle de leur constatation et de leur observation ».

## OBSERVATION VII

(communiquée par le Professeur Georges Gérard)

**Ulcérations multiples, disséminées sur les deux cornées, apparaissant comme complication grave d'une kératite interstitielle type. — Guérison après traitement intensif.**

« J. P..., 15 ans, m'est adressée par mon très distingué confrère M. le Docteur Bricout, le 3 février 1925 ; depuis plusieurs mois, il a nettement posé le diagnostic de kératite interstitielle et institué, avec le sens clinique le plus décisif, le traitement local et le traitement général qui convenaient.

Malgré ses efforts continus, l'affection, qui avait paru d'abord rétrocéder, s'est subitement aggravée, et depuis quelques jours la cornée de l'œil gauche, puis celle de l'œil droit, sont couvertes d'ulcérations d'allure très sérieuse, disséminées, couvrant l'œil *visible* du limbe jusqu'au centre, déterminant, avec une photophobie énorme (je ne trouve pas d'autre qualificatif), des douleurs oculaires et péri-oculaires telles que la jeune malade a perdu tout sommeil et ne mange plus.

Et en effet, mon premier pronostic confirme celui du docteur Bricout. Ma fiche porte : *cas très grave.* Je la montre à la personne — ancienne infirmière, très intelligente, et qui s'est révélée la collaboratrice la plus utile et la plus diligente — qui accompagne la pauvre intéressée, sans lui dissimuler combien peu de succès j'espère, malgré les bons résultats obtenus dans les cas analogues.

L'étiologie est nette, syphilis héréditaire.

J. P... est l'aînée de six enfants. Le second, un garçon de 13 ans (qu'on m'a amené deux mois après pour opacités étendues de la cornée avec strabisme divergent consécutif) est le type complet de l'hérédo. Le troisième et le quatrième sont morts en bas âge. Le cinquième et le sixième sont vivants et seraient bien portants.

La prise de sang donne : Bordet-Wassermann + ; Hecht Bauer + + +.

En dehors du traitement local, j'institue, dès le premier jour, un traitement intensif : huile grise, iodure de potassium de 1 à 6 gr. et de 6 à 1 gr. par jour pendant 15 jours). Injections intraveineuses de néo les 7, 12, 19 février et 21 mars.

A cette date, l'amélioration est considérable : les ulcérations se cicatrisent ; *les lésions cornéennes fondent comme du beurre dans une poêle.*

Dès le début de mars, le traitement a été complété sur place par l'injection intra-musculaire de sulfarsénol, puis par l'injection intra-veineuse de cyanure de Hg, deux fois par semaine.

La jeune fille est vigoureuse. Non seulement elle tolère admirablement cette paradoxale accumulation de poisons, mais, ayant recouvré sommeil et appétit, elle prospère et tend à engraisser.

L'amélioration s'accentue.

Le 25 avril, V. O. D. et V. O. G. = les doigts à 4 mètres. La photophobie a disparu.

Le 23 mai, V. O. D. = 5/35 ; V. O. G. = 5/35. Les cornées s'éclaircissent.

Le 16 juin, V. O. D. = 5/30 ; V. O. G. = 5/35. La guérison est assurée.

Le 18 juillet, V. O. D. = 5/15 ; V. O. G. = 5/20.

Je n'ai jamais revu ma petite malade. Son état, tant général que local, était aussi satisfaisant que possible.

Je n'ai pu, à temps, revoir le Bordet-Wassermann.

Je suis persuadé que le médecin très éclairé qui la suit n'aura pas manqué de suggérer à la famille la nécessité de faire continuer le traitement spécifique pendant un certain nombre — le plus grand possible — de mois ».

## OBSERVATION VIII

(Clinique ophtalmologique de l'Hôpital Saint-Sauveur)

### Kératite interstitielle à forme ulcéreuse grave

J. D..., 13 ans, de Vieux-Berquin, est amenée le 19 décembre 1925 à la consultation.

*Antécédents héréditaires.* — Le père est mort à la guerre ; la mère appartient à une famille de 14 enfants dont sept sont morts, quelques-uns en bas âge. Elle-même a eu trois enfants : le premier, venu avant terme, est mort à deux mois ; les deux autres, 13 ans (notre sujet) et 9 ans, sont bien portants. Pas de fausses couches. La syphilis s'est manifestée chez la mère par une gomme de la paupière supérieure droite, dont on voit encore les traces, qui a été négligée pendant six mois et qui a fondu assez rapidement sous l'action du sirop de Gibert.

*Antécédents personnels.* — Reste chétive jusqu'à sept mois, dépréciée par une série d'entérites aiguës. J. D... a marché à

14 mois. Elle est restée relativement bien portante jusqu'en janvier 1925, époque à laquelle a commencé à évoluer une kératite interstitielle typique.

Cette kératite s'est subitement et rapidement aggravée en novembre 1925. La petite malade présente actuellement, très accusés, les symptômes de la kératite ulcéreuse, évoluant au cours d'une kératite parenchymateuse : photophobie intense, avec spasme des orbiculaires ; douleurs oculaires, orbitaires et péri-orbitaires ; opacification diffuse de la cornée gauche n'ayant respecté que le limbe du côté temporal, sur une hauteur de 3 à 4 millimètres.

A droite, l'infiltration est totale, sauf sur tout le pourtour de la cornée, qui est resté relativement intact. Sur les deux cornées sont disséminées de petites ulcérations grisâtres, à fond opalescent, plus nombreuses au centre, réunies entre elles par des bandes étroites de tissu cornéen exulcérées, ayant tendance à confluer.

Des autres stigmates de l'hérédité, les plus nets sont ; le nez en pied de marmite, les lésions dentaires (implantation vicieuse ; malformations typiques ; nombreuses caries).

Le Bordet-Wassermann est +++.

L'acuité est réduite : pour O. D. à la perception des doigts à 4 mètres ; pour O. G. à la perception des doigts à 3 mètres.

L'étendue des ulcérations, leur gravité actuelle, imposent l'hospitalisation. L'enfant, soignée rigoureusement à la Salle Sainte-Odile pendant six semaines, s'améliore rapidement sous l'action du traitement spécifique.

Elle quitte l'hôpital à la fin de mars, très améliorée : la photophobie a disparu ; les cornées se sont éclaircies ; l'état général est bon.

J. D... a été revue régulièrement. Les cornées sont guéries ; les cicatrices qui ont succédé aux ulcérations sont suffisamment translucides pour que l'acuité se soit relevée : pour O. D. à 5/20 (1/4) ; pour O. G. à 5/30 (1/6).

La malade prend régulièrement le sirop de Gibert qui lui a été prescrit.

## OBSERVATION IX

(obligeamment communiquée par M. le Docteur Brunschvig, du Havre)

« Une jeune fille de 14 ans, des environs du Havre, vient me consulter pour une kératite de l'œil gauche, qui me paraît d'origine lymphatique.

J'institue le traitement habituel dans ces cas : atropine et pommade jaune — huile de foie de morue et sirop iodé.

Malgré cette thérapeutique, l'état local n'est guère modifié au bout de trois semaines.

Mais voici que quelques jours après ma dernière consultation, cette enfant me revient avec une perforation du palais.

Pas d'hésitation : une gomme spécifique a évolué là en quelques jours.

Le traitement anti-syphilitique, que j'institue immédiatement, guérit la kératite en quelques jours et modifie rapidement la gomme.

## OBSERVATION X

(Communiquée par M. le Docteur Terson, de Paris).

« Malade suivie depuis plus de 30 ans, *hérédo-syphilitique*, myope. Son frère a eu à deux reprises de longues et graves kératites d'Hutchinson. Quant à lui, très herpétique génital et autrement, M. le Docteur Terson l'a maintes fois soigné aux deux yeux pour un herpès cornéen à rechutes, dont certaines ont été dendritiques. Puis, un jour, est apparu sur l'œil droit l'ulcère de Mooren, typique, qui a décortiqué une bonne partie supérieure de la cornée. Il a été arrêté par les cautérisations multiples et très nombreuses du bourrelet et sous le bourrelet, avec un petit cautère à main chauffable à la lampe, en forme de grain de blé appointé.

Le malade employait ensuite une pommade hydrargyrique (oxyarsine-énésol à 3 %) et des bains d'énésol à 3 %, selon la pratique personnelle de M. le Docteur Terson. [(A. Terson, « L'usage externe du salicylarsinate de mercure (Enésol) à 3 % », Arc. d'ophtalm. 1917 — Ophtalmologie du médecin praticien — G. Masson, édit., 1917 et 1921, etc...).]

Or, dans l'histoire de cet ulcère, il a été manifeste que le mieux s'est bien plus nettement accentué après des injections d'énésol, puis d'acétylarsan.

Ultérieurement, son autre œil, histoire malheureuse de certains hérédos auxquels il arrive toujours du grave et du nouveau, a été atteint de chorio-rétinite, d'hémorragie intraoculaire et de décollement ; enfin, des ictus répétés ont été rapportés par le Professeur Marie dans une lettre adressée à M. le Docteur Terson, à une artérite syphilitique certaine, pour laquelle il a conseillé le novarsénobenzol.

Il nous est donc permis, ainsi que le souligne M. le Docteur Terson, de recommander une recherche intégrale de la syphilis, acquise ou familiale, dans l'ulcère de Mooren — comme dans tout ulcère — sans trop compter sur des résultats positifs ».

## OBSERVATION XI

(communiquée par M. le Docteur Terson, de Paris)

« *Hérédo-syphilitique adulte*, présentant un ulcère en cuvette, grisâtre, étrange, torpide, mais sensible, sur la cornée d'un œil à stigmates choroïdiens.

Aucune cause appréciable dans le voisinage n'a été trouvée.

Strabisme très divergent.

Là encore, le bismuth associé au mercure (suppositoires, comprimés et injections) accentua notablement la cicatrisation, attardée malgré tout un traitement local complexe et très serré ».

## OBSERVATIONS XII, XIII, XIV

(obligeamment communiquées par M. le Docteur Bellencontre, de Paris)

*Observation 12.* — Femme de médecin, 35 ans. Kératite herpétique double, soignée pendant quatre mois à la clinique du Docteur Bellencontre. Pas de guérison. Aveu paternel (donc hérédo-syphilis directe), traitement anti-syphilitique, guérison.

*Observation 13.* — Femme de médecin et fille de médecin (syphiligraphe). Kératite monoculaire.

Une ulcération se développa qui ne céda à aucun des traitements habituels, y compris le chauffage, la vaccination, l'auto-hémothérapie.

Après plusieurs mois de traitements inutiles à la clinique, guérison en 5 à 6 semaines par un traitement anti-syphilitique déguisé.

*Observation 14.* — Homme de 60 ans, médecin.

Ulcère cornéen douloureux ne cédant à aucune médication. Après plusieurs mois d'hésitations, le malade se décida enfin à laisser faire un traitement anti-syphilitique par les arséno-benzols.

Guérison en très peu de temps.

Syphilis héréditaire inconnue de l'intéressé. Ce médecin procéda alors à des recherches généalogiques qui lui permirent de faire remonter l'origine de cette syphilis à la troisième génération.

L'étude de ces observations nous a suggéré les commentaires suivants :

L'observation I — observation princeps — nous a servi en somme de base à cette thèse. C'est d'elle que nous avons sorti la notion essentielle, fondamentale, qu'une kératite ulcéreuse, d'allure banale, pouvait être — devait être, disons-nous maintenant — d'étiologie hérédo-syphilitique.

Après avoir louvoyé pendant six semaines, le hasard a voulu que la cause ait été dépistée : ce fait est important et a servi à montrer la suite des observations sous leur véritable jour :

Elles peuvent se résumer en cette formule impérieuse : « Il faut songer à l'hérédo-syphilis toutes les fois que — chez l'adulte, ou chez l'adolescent — on rencontre des ulcérations de la cornée d'apparence banale, mais qui s'obstinent à ne pas guérir ».

L'observation VI nous a confirmés dans l'idée que nous avons eue de préciser, dans ce travail, des relations pathologiques capables de rendre service à des malades dont les affections oculaires méconnues traînent pendant des mois et des années. Deux notions se sont accusées qui peuvent servir de conclusion : « *Dans la kératite de la seconde enfance, penser toujours à la tuberculose* ».

« *Dans la kératite de l'adolescence et de l'âge mûr, penser toujours à l'hérédo-syphilis* ».

L'observation VII suggérait à notre Maître les commentaires suivants :

« Ce cas est particulièrement typique d'une hé-
» rédo-syphilis nette ; un début par infiltration in-

» terstitielle, typique, classique, éclaire la patho-
» génie de la kératite ulcéreuse.

» J'inclinerai à penser, disait-il, que, dans la
» plupart des cas, sinon dans tous, il serait pos-
» sible de la rattacher à la kératite parenchyma-
» teuse.

» Alors que dans tous les autres cas elle a été
» primitive, se manifestant d'emblée par des lé-
» sions trophiques d'ulcération, évoluant comme
» une kératite d'allure banale, et non comme une
» kératite d'étiologie hérédo-syphilitique, la kéra-
» tite ulcéreuse a été ici nettement secondaire.

» L'âge de la malade, 15 ans, est d'abord à rete-
» nir. Loin de moi la pensée de vouloir générali-
» ser ; je l'ai dit, je le répète avec tous les auteurs :
» la kératite interstitielle des hérédos peut se mani-
» fester très tardivement, jusqu'après 30 ans,
» suivre le cycle classique d'opacification, vascu-
» larisation et réparation ; toutefois, les faits que
» j'ai attentivement suivis m'inciteraient à poser
» ce postulat qui semble défendable : « Plus une
» kératite parenchymateuse apparaît tard, plus elle
» peut affecter, dès son début, le caractère ulcé-
» reux, tel qu'il m'a été donné de l'observer.

» Encore une fois, soutenait-il, je n'émets pas
» la prétention d'édifier une loi générale d'après
» des cas isolés et trop peu nombreux : ils peuvent
» cependant attirer l'attention des spécialistes ;
» quoique disséminés et rares, ils me semblent
» de nature à préciser une étiologie méconnue et,
» il faut ajouter, inattendue.

» Quelle que soit l'opinion qu'on en ait, les

» ulcérations qui viennent compliquer la kératite
» parenchymateuse typique m'apparaissent comme
» l'anneau qui relie les deux bouts d'une chaîne
» brisée, le terme de transition entre deux entités
» cliniques d'origine unique, mais d'allures diffé-
» rentes : d'une part, kératite parenchymateuse,
» d'autre part, kératite ulcéreuse d'apparence
» banale ».

L'observation IX nous a prouvé que le diagnostic étiologique n'était pas toujours facile à établir : chez la petite malade en question l'affection de la cornée n'avait aucunement l'aspect de la kératite parenchymateuse et rien dans le physique et les antécédents de cette enfant jusqu'à l'apparition de la lésion du palais n'attirait l'attention sur la possibilité de la syphilis.

Enfin, la juxtaposition des observations VII et VIII nous a permis d'élargir le cadre primitif que nous nous étions imposé et aussi de reculer les limites classiques de la kératite parenchymateuse elle-même.

Bien que la littérature soit peu abondante sur ses complications, il est permis d'admettre que non seulement les ulcérations cornéennes peuvent apparaître comme complication de la kératite parenchymateuse, mais encore qu'elles peuvent se présenter comme signe initial et unique — anatomiquement s'entend — d'une kératite spécifique qui, par ailleurs, ne se traduira par nul autre symptôme que l'ulcération.

Ces observations montrent, une fois de plus, l'impérieuse nécessité du traitement intensif, seule condition du résultat.

Tous les malades guérissent généralement très vite dès que le diagnostic étiologique étant posé, le traitement qui en découle est appliqué et avec cette particularité troublante que les lésions cornéennes se réparent toujours d'une manière inespérée.

Qu'il nous soit permis de remercier — à nouveau — vivement nos très excellents et distingués confrères : MM. les Docteurs Chappé, de Paris ; Brunschvig, du Havre ; Bellencontre et Terson, de Paris, qui nous ont signalé — spontanément — plusieurs observations personnelles du plus vif intérêt.

## VIII. — Résumé d'ensemble

Ce travail a la prétention d'être une thèse, au sens propre. Il se propose de défendre l'idée suivante :

Parmi les affections oculaires, il existe une entité pathologique bien définie, et qui doit être désormais nettement classée à part.

Elle mérite le nom de **kératite ulcéreuse de l'adolescent et de l'adulte d'origine hérédo-syphilitique.**

L'analyse des quatorze observations soigneusement recueillies, nous permet de la caractériser de la façon suivante :

— Age des sujets : 25 ans, 55 ans, 21 ans, 39 ans, 36 ans, 18 ans, 15 ans, 13 ans, 14 ans, 35 ans, 60 ans, âge non précisé dans deux observations qui concernent en tout cas des adultes.

— Sexe des sujets : dix du sexe féminin ; quatre du sexe masculin.

— Symptomatologie des inflammations ulcéreuses graves de la cornée : photophobie intense avec blépharospasme, ulcérations avec injection périkératique, douleurs oculaires, orbitaires et péri-orbitaires, larmoiement.

Pronostic : sérieux. Durée indéfinie et non tendance à la guérison spontanée tant que le traitement spécifique n'a pas été appliqué : les antécédents, les signes cliniques et la réaction de Bordet-Wassermann n'ont qu'une importance secondaire.

— La pierre de touche est le traitement. Il doit être intensif. Chaque fois que la diathèse est soupçonnée ou seulement envisagée, le traitement, dès son application, donne

des résultats inattendus et amène une réparation rapide des lésions cornéennes : on peut ajouter une réparation aussi parfaite que possible.

Il est intéressant de constater qu'ainsi certaines kératites ulcéreuses dont nous croyons avoir démontré nettement l'étiologie dépendent de la même cause que la kératite interstitielle.

Ce n'est guère que par leur étiologie commune, d'une part, qu'on peut les rapprocher.

L'évolution apparaît notablement différente dans l'une et l'autre affection :

Torpide, traînante, à longue échéance dans la kératite interstitielle typique.

Bruyante, brutale, à manifestations d'aspect bientôt sérieux, sinon grave dans la kératite ulcéreuse.

Leur début, leurs symptômes à la période d'état diffèrent.

Néanmoins, la kératite ulcéreuse peut, dans certains cas, compliquer la kératite interstitielle : nous l'avons démontré dans nos dernières observations.

Dans la kératite ulcéreuse on peut affirmer sans crainte d'être démenti par le temps que la guérison est certaine et rapide, si l'on s'y prend dès qu'on le peut, et énergiquement.

Nos observations concordent toutes. En un laps de temps qui n'excède pas quatre à six mois au maximum, la cornée se répare mieux qu'on n'eût été tenté de le pressentir, et récupère sa transparence relative. Jamais, en effet, la kératite ulcéreuse de l'adolescent et de l'adulte ne laisse de cicatrices épaisses ; et, de sa réparation inespérée, jamais il ne subsiste d'opacités comparables à celles que laissent les kératites bâtardes, trop souvent tuberculeuses, de l'en-

fance. Dans tous les cas, il semble qu'on puisse prédire, dès qu'on a posé le diagnostic étiologique, un relèvement de l'acuité visuelle.

Par ailleurs, dans la kératite interstitielle — malgré des lésions cornéennes d'opacification extrêmement intenses — on peut, plus lentement certes que dans la kératite ulcéreuse, arriver à des éclaircissements vraiment inespérés.

Ainsi, la **kératite ulcéreuse de l'adolescent et de l'adulte d'origine hérédo-syphilitique** peut prendre sa place à côté de la **kératite parenchymateuse**, dont elle peut figurer parfois — assez rarement d'ailleurs — une des complications graves.

Vu : Vu bon à imprimer :

*Le Doyen,* *Le Président de la Thèse,*

Ch. DUBOIS. LECLERCQ.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Recteur de l'Académie,*

CHATELET.

# TABLE DES MATIÈRES


Pages

AVANT-PROPOS . . . . . 7

I. INTRODUCTION . . . . . 10

II. Résultats des recherches bibliographiques . . . . 13

III. Qu'est-ce que l'adolescence ? . . . . . 24

IV. L'hérédo-syphilis et l'œil . . . . . 26

V. Symptomatologie . . . . . 39

VI. Diagnostic et traitement. . . . . 42

VII. Observations cliniques . . . . . 49

VIII. Résumé d'ensemble . . . . . 70

Lille. — Imp. Société d'Édition du Nord. 30859